

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR II Y CIENCIAS DE LA
COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**Estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en
personal de salud mental**

Para optar el título profesional de psicólogas

- APAZA CHAQUILLA YOLANDA NELLY
- BERNAL QUENTA LIZBETH ZULEMA

Arequipa – Perú

2016

DEDICATORIA

Dedico de manera especial a mi familia pues ellos fueron el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, quienes sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación.

Yolanda Nelly.

A las personas que más han influenciado en mi vida, dándome los mejores consejos, guiándome y haciéndome una persona de bien. A mi madre y hermanos por su apoyo, comprensión, amor en los momentos difíciles. A mi padre por confiar en mí y ayudarme en este camino.

Lizbeth Zulema

PRESENTACION

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA, RRII Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN:

SEÑOR DIRECTOR DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA:

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

Cumpliendo con las normas y lineamientos del reglamento de grados académicos y títulos profesionales de la facultad de psicología relaciones industriales y ciencias de la comunicación de la universidad nacional de San Agustín Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada “Estrés traumático secundario y conducta de autocuidado en personal de salud mental”, trabajo que al ser evaluado y aprobado nos permitirá optar el título profesional de licenciadas en psicología.

Arequipa, Enero del 2017

Las bachilleres:

- Apaza Chaquilla, Yolanda Nelly
- Bernal Quenta, Lizbeth Zulema

RESUMEN

En el siguiente trabajo se buscó la correlación entre estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en personal de salud mental, la muestra consta de 76 participantes, entre varones y mujeres que trabajan en el área de salud mental en la ciudad de Arequipa se realizó una investigación de tipo cuantitativo no experimental y corresponde a un diseño comparativo correlacional. Las pruebas utilizadas fueron Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP) y Escala de Estrés Traumático Secundario, el muestreo utilizado fue intencional, para los resultados obtenidos se empleó la chi cuadra y U de Mann Whiney donde se encontró que existe correlación estadísticamente significativa entre la variable de estrés traumático secundario y conductas de autocuidado, en el cual observamos que personal de salud mental presenta niveles “moderados” de estrés traumático secundario y esto se debe a que “casi nunca” utilizan conductas de autocuidado.

PALABRAS CLAVES

Estrés Traumático Secundario y Conductas de Autocuidado.

ABSTRACT

In the following paper, we sought the correlation between secondary traumatic stress and self-care behaviors in mental health personnel, the sample consists of 76 participants, between men and women working in the area of mental health in the city of Arequipa. Of non-experimental quantitative type and corresponds to a comparative comparative design. The tests used were the Self-Care Scale for Clinical Psychologists (EAP) and the Secondary Traumatic Stress Scale. The results were obtained using chi-block and U-Mann Whiney, where it was found that there is a statistically significant correlation between Variable secondary traumatic stress and self-care behaviors, in which we observed that mental health staff presents "moderate" levels of secondary traumatic stress and this is because they "almost never" use self-care behaviors.

KEYWORDS

Secondary Traumatic Stress and Self-Care Behaviors.

INDICE

DEDICATORIA

PRESENTACION

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I

ESTUDIO DEL PROBLEMA

1.	Planteamiento del problema.....	1
2.	Objetivo general.....	3
	Objetivos específicos.....	3
3.	Hipótesis.....	3
4.	VARIABLES e INDICADORES.....	4
5.	Justificación.....	4
6.	Antecedentes de Investigación.....	8
7.	Limitaciones del estudio.....	11
8.	Definición de términos.....	11
	Estrés traumático Secundario.....	12
	Conducta de Autocuidado.....	12

CAPITULO II

REVISION LITERIA

ESTRÉS TRAUMATICO SECUNDARIA

1.	Antecedentes.....	13
2.	Definición.....	14
3.	Prevalencia del estrés traumático secundario.....	18
4.	Signos, Síntomas y Señales.....	19
5.	Consecuencias del estrés traumático secundario.....	21
6.	El terapeuta como víctima.....	22

7.	Diferencia entre el trastorno de estrés postraumático y desgaste por empatía.....	23
8.	Estrés, depresión y desgaste profesional.....	23
9.	Empatía.....	23
10.	Empatía y antipatía.....	24
11.	Trastorno de estrés postraumático.....	27
12.	Medidas preventivas para el terapeuta.....	31

AUTOCUIDADO

1.	El Autocuidado A Través De La Historia.....	33
2.	Epistemología.....	35
3.	Definición De Autocuidado.....	36
4.	Otros Autores.....	36
5.	Teorías sobre el autocuidado.....	37
a)	Teoría del Autocuidado.....	37
b)	Teoría del déficit de auto cuidado.....	38
c)	Teoría de los sistemas de enfermería.....	38
6.	Aplicación de la metodología según el modelo.....	39

EL PSICOLOGO EN LA SALUD MENTAL

1.	Definición.....	43
2.	Identidad del psicólogo.....	45
3.	Actividades de los psicólogos clínicos.....	47
4.	Retos del profesional de psicología.....	50
5.	Empatía.....	51
6.	Identificación.....	52

CAPITULO III **METODOLOGIA**

1.	Tipo/Diseño/o Método.....	53
2.	Sujetos.....	53
	Criterios de exclusión.....	55

Criterios de inclusión.....	55
3. Instrumentos.....	55
a) Ficha sociodemográfica.....	55
b) Estrés Traumático Secundario.....	55
c) Conductas de Autocuidado.....	58
d) Validez y confiabilidad en Arequipa del Estrés Traumático secundario y Conductas de Autocuidado.....	62
4. Procedimiento.....	69

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Cuadro N°1 Categoría Total De Estrés Traumático Secundario.	71
2. Cuadro N° 2 Conductas de Autocuidado En Personal De Salud Mental.....	72
3. Cuadro N° 3 Conductas De Autocuidado Por Ítem.....	73
4. Cuadro N°4 Entre Estrés Traumático Secundario por ítem.....	74
5. Cuadro N° 5 Correlación entre Estrés Traumático Secundario y Conductas de Autocuidado.	76
6. Cuadro N° 6 Comparación de Estrés Traumático Secundario y Datos sociodemográficos no significativos.....	77
7. Cuadro N° 7 Comparación de conductas de autocuidado y Datos sociodemográficos significativos.....	78
DISCUSION.....	80
CONCLUSIONES.....	85
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La salud es un estado de bienestar mental, físico y social, en el cual no se observan enfermedades o afecciones algunas, no solo pasa por los achaques físicos, aquellos que “se ven” a los ojos de cualquiera, sino que también a nivel mental y social, produciendo tanto o más desequilibrio que en el caso de un padecimiento físico. La Organización Mundial de la Salud (2001), nos indica que salud “No es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Tomando en cuenta lo anterior ya mencionado es que partimos de la necesidad de incidir sobre la importancia de la salud mental en pleno siglo XXI, donde se constituye uno de los problemas de salud más prevalentes en el mundo (Kessler 2009). Y frente a ello centramos nuestra mirada en el personal de la salud mental que comprende un trabajo multidisciplinario entre psicólogos, psiquiatras y personal de enfermería que se encargan de la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la investigación y aplicación de los principios éticos profesionales para la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

El trabajo del personal de salud mental puede ser muy satisfactorio y gratificante, pero también está llena de estrés y preocupaciones que a diferencia de otros profesionales esta propensa a sufrir un conjunto de signos y ruptura en su salud mental debido al trabajo con el sufrimiento humano. De acuerdo a los estudios realizados en el personal de salud mental existe un alto porcentaje de probabilidad que puede sufrir desórdenes mentales debido a la susceptibilidad de internalizar las experiencias negativas de los pacientes (Breéis & cols, 2009; Kumar & cols, 2007; Kumar, Hatcher &Huggard, 2005). Dentro de este proceso de tratamiento terapéutico el personal de salud mental utiliza la empatía como una de sus principales habilidades para realizar la terapia pues mediante ella se comprende las experiencias emocionales por la que está pasando el paciente sin embargo al sobreexponerse a ella mediante la constancia y la sobre identificación con la historia del paciente esta propenso a adquirir los signos o síntomas, constituyendo así un riesgo psicosocial al que define como estrés traumático secundario o desgaste por empatía.

Eh ahí que cuidarse, cuidar y ser cuidados son funciones naturales indispensables para la vida de las personas y la sociedad, en tanto son inherentes a la supervivencia de todo ser vivo. Esta construcción es el resultado de la relación entre quienes ofrecen el

cuidado y quienes lo demandan y que puede generar autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el personal de salud mental. Es por esto que al hablar de autocuidado es imprescindible el reconocimiento de estar en riesgo, y a su vez es aceptar la condición de vulnerabilidad porque todos somos propensas a ella y más aun siendo el personal de salud mental, para ello se necesita de estrategias que permitan mitigar los efectos de su labor.

Tomando en consideración lo anterior mencionado remarcamos la importancia del autocuidado ya que es altamente beneficioso para el bienestar psicológico de las personas, principalmente en contextos laborales donde se desprenden elementos particularmente estresantes, es así que el autocuidado más que una teoría o propuesta, se convierte en una responsabilidad personal, profesional y ética, que impacta positiva o negativamente a su entorno. Es por esta razón que la presente investigación se centra en el estudio de los procesos de traumatización secundaria o desgaste por empatía en el personal de salud mental de la ciudad de Arequipa y conocer los niveles de conductas de autocuidado que los mismos presentan ya que en el Perú y la Ciudad de Arequipa no se han encontrado estudios epidemiológicos referidos nuestras variables.

La presente investigación es de tipo descriptiva comparativa, porque tiene como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan las dos variables en estudio-estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado- en el personal de salud mental

Para un mejor entendimiento de este estudio presentamos cinco capítulos. El capítulo I referido a la fundamentación y antecedentes el proyecto de investigación en sí. En el capítulo II presenta el marco teórico que da sustento a la investigación. En el capítulo III detallaremos el marco metodológico el diseño utilizado para llevar adelante el estudio. En este sentido, se plantearán aspectos relacionados con su diseño, con el acceso a los participantes, los instrumentos de medición utilizados, el procedimiento general empleado. En el Capítulo IV se presentarán los resultados obtenidos en el estudio y sus implicaciones teóricas y prácticas para el campo de estudio. Asimismo se desprenderán nuevas hipótesis que aportarán al campo de conocimiento. Finalmente ponemos en consideración la presente investigación para ser valorada en su verdadera magnitud y en consideración a su tipo de diseño y al paradigma de trabajo.

Las Autoras.

CAPITULO I

INVESTIGACION

1.- Planteamiento del problema

El Estrés Traumático Secundario (ETS) es un término que ha ido tomando relevancia a partir de la creciente aparición de sintomatología asociada al trastorno en diversos contextos profesionales, especialmente en aquellos que se vinculan directamente con temáticas altamente estresantes como es el caso del personal de salud mental, y esto se debe a la labor constante que tiene con el sufrimiento humano y los distintos trastornos mentales.

En la actualidad el aumento de los trastornos mentales, ha hecho que los psicólogos y psiquiatras tengan un arduo trabajo atendiendo de manera significativa cuadros clínicos como es el caso de la depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, problemas relacionados con el alcohol, adicciones entre otros. Y esto implicaría a que el personal de salud mental estén comprometidos a los eventos traumáticos

narrados por sus clientes, por lo tanto conllevaría a que estén expuestos a adquirir los problemas emocionales que presentan sus pacientes, llegando a desarrollar sintomatologías que a la larga pueden traerle serios problemas en el desempeño de sus actividades tanto personales como profesionales. Entre esto podemos decir que el estrés traumático secundario o desgaste por empatía se caracteriza por un estado de decaimiento físico, emocional y mental evidenciado por cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia las personas con quienes trabaja.

Es por esta razón que nos damos cuenta que la persona en sí, es vulnerable y frágil por la misma condición corporal y mortal, pero también por su capacidad de sentir y pensar de ser con otros y de desarrollar una conciencia moral. La vulnerabilidad no solo hace referencia a la dimensión biológica sino también a la historia del individuo en relación con otros. Al daño derivado de la relación con otros (Feito. 2007). Estos sentimientos afloran al ser testigos del dolor, el sufrimiento, la muerte, la impotencia y la desesperanza son manifestaciones de nuestra vulnerabilidad y los profesionales avocados a la tarea de servicio, por tanto deben reconocer en primera instancia esta condición de ser vulnerables para poder desarrollar estrategias que permitan mitigar los efectos de su labor.

De ello se desprende la importancia del uso de las conductas de autocuidado y esto surge debido a la necesidad de autoprotección ante el contacto del daño o sufrimiento humano. A la vez se convierte en una responsabilidad personal, profesional y ética, que impacta positiva o negativamente en su entorno. Es por ello que las conductas de autocuidado constituye un mecanismo fundamental para la prevención del desgaste por empatía, y al practicarlo constantemente se tendría un mayor control sobre su salud y su ambiente, para ello el personal de salud mental tiene que habituarse al resguardo del significado y propósito de la vida, a tener relaciones sociales y convivencia, a mantenerse activos, a hacer actividades de recreación y disfrute, a ser disciplinados, a tener buena salud, a tener tratamiento de los síntomas y enfermedades y gracias a estas conductas estarían más capacitados para contribuir con la población y su bienestar integral.

De este modo, nos damos cuenta de la importancia que tiene el profesional de salud mental, pues si ellos no se encuentran en un óptimo estado de salud no podrían

realizar sus actividades laborales eficientemente a la población y por lo tanto la tasa de prevalencia aumentaría de una manera significativa, llevando a que estos profesionales formen parte de este aumento.

Por todo lo expuesto, el problema de investigación queda formulado de la siguiente manera:

¿Cuál es el vínculo entre el Estrés Traumático Secundario y las conductas de autocuidado en el personal de salud mental en la ciudad de Arequipa 2016?

2.- Objetivos Generales

- Determinar la correlación entre el estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado en personal de salud mental de la ciudad de Arequipa 2016.
- Establecer la diferencia entre los datos sociodemográficos y el estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado.

Objetivos específicos

- Conocer socio demográficamente datos relevantes de la muestra vinculada al objetivo de estudio.
- Identificar los niveles de estrés traumático secundario en personal de salud mental.
- Identificar las conductas de autocuidado en personal de salud mental.
- Correlacionar el estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en el personal de salud mental.
- Comparar los niveles de estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado según sus datos sociodemográficos más relevantes.

3.- Hipótesis

- A mayor conductas de autocuidado menor estrés traumático secundario en el personal de salud mental.
- Existe diferencias en los niveles de autocuidado de acuerdo al sexo y profesión en el personal evaluado.

4.- Variable e Indicadores

Variables	Instrumento	Indicadores	Categorías
Conductas de Autocuidado	Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos(EAP)	No presenta	“nunca” 0 y 7 “casi nunca” 8 y 15 “ocasionalmente” 16 y 23 “frecuentemente” 24 y 31 “muy frecuentemente” 32 y 40
Estrés Traumático Secundario	Escala de Estrés Traumático Secundario	-Intrusión -Evitación -Activación	“Muy baja” 17 y 27 “Baja” 28 y 37 “Moderada” 38 y 43 “Alta” 44 y 48 “Severa” sobre 48

5.- Justificación

La salud no solo es el bienestar físico sino también el bienestar mental y social que a diferencia de la integridad física resulta ser más susceptible. En la actualidad la sociedad se presenta en una situación crítica, las exigencias causadas por la gran concurrencia en el mercado del trabajo, por las dificultades financieras, por los encargos, por la vida moderna, entre otros factores que llevan a conflictos familiares y a desgastes físicos y psicológicos, siendo estas las características de una sociedad en estrés (Martins ,2004). Repercutiendo no solo en su salud física sino también en su salud mental. Es en este escenario social complejo con los más diversos estímulos estresores que el profesional de salud mental está inmerso en su actividad laboral.

Una serie de encuestas, realizada por Guy (1995) revelan algunas preocupantes estadísticas sobre las vidas de los terapeutas y el bienestar. Al menos tres de cada cuatro terapeutas han experimentado una angustia mayor dentro de los últimos tres años, las principales causas son problemas de interrelación. Más del 60% puede haber sufrido una depresión clínicamente significativa en algún momento de sus

vidas, y casi la mitad admitió que en las semanas siguientes a una crisis personal que son incapaces de proporcionar una atención de calidad. Klag (1997) descubrió que la tasa de divorcio para los psiquiatras que se graduaron de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins entre 1948 y 1964 fue del 51 por ciento, superior a la de la población general de esa época, y de forma sustancial mayor que la tasa en cualquier otra rama de la medicina.

No es de extrañar que Thoreson (1992) estime que en un momento dado el 10 por ciento de los psicoterapeutas están en peligro significativo a internalizar las dolencias de sus pacientes, es así que prominentes profesionales de la salud mental como Bruno Bettelheim. Paul Federn. Wilhelm Stekel. Victor Tausk. Lawrence Kohlberg, se suicidaron al igual que Freud. Con demasiada frecuencia, el estrés de la vida laboral y cotidiana lleva a los profesionales de salud mental por este camino. Según el psicólogo Lester (1968), director del Centro para el Estudio del Suicidio, profesionales de salud mental se suicidan a una tasa anormalmente alta. De hecho, altamente publicitados los informes acerca de la tasa de suicidios de los psiquiatras condujeron a la Asociación Americana de Psiquiatría para crear un Grupo de Trabajo para la Prevención del Suicidio a finales de 1970. Un estudio iniciado por dicho grupo de trabajo, publicado en 1980, llegó a la conclusión de que “los psiquiatras se suicidan a un ritmo casi el doble de los que se esperaba de los médicos” y que “la ocurrencia de suicidios de los psiquiatras es bastante constante de año a año, lo que indica una parte relativamente estable por encima de psiquiatras deprimidos”. Otra especialidad médica arrojó una tasa de suicidios tan alta. A su vez afirma que uno de cada cuatro psicólogos tienen sentimientos suicidas y tanto como uno de cada 16 puede tener un intento de suicidio de acuerdo con una encuesta.

Otro estudio realizado por Nathan (1995) en profesionales de la salud mental indica que están probablemente en mayor riesgo de presentar abuso de sustancias”. No es de extrañar el abuso de sustancias es una de las más comunes aunque destructivas formas de lidiar con la ansiedad y la depresión. Es así que Tezoquipa, Monreal, Martínez y Rubio (2003) indican que los profesionales de la salud tendrían mayor probabilidad de padecer de tabaquismo, alcoholismo, estrés crónico, mortalidad por suicidio, mortalidad por accidentes y eventos asociados a violencia,

Trabajar con el sufrimiento humano en la actualidad resulta ser complejo por la cantidad de patologías que es tan extensa y diversa pues entre ellas entra la depresión, ansiedad, psicosis, trastornos de personalidad, daños cerebrales, adicciones, problemas de aprendizaje, problemas de adaptación social hasta problemas de disfunción sexual, por nombrar únicamente algunos y otros trastornos que pueden generar un desgaste emocional en el personal de salud mental que atiende los mismos de forma periódica y constante, en algunos casos la historia del paciente es similar a la del profesional ello puede causar una sobre identificación que expone desgaste por empatía al profesional de la salud mental.

Dentro de las conceptualizaciones asociado a la práctica en salud mental destacan conceptos como el síndrome de burnout (Azar, 2000; Pérez & Menares, 2003), el estrés traumático secundario (Adams, 1999) la presencia de síntomas ansiosos (Morales y Lira, 1997) y depresivos (Morales, Pérez y Menares, 2003), centrándonos en esta investigación en el estrés traumático secundario. Varias razones orientaron a la elección de este trastorno a diferencia de otros; primero, una razón práctica derivada del tipo de estudio, tiene que ver con la necesidad de no sobrecargar a los participantes con una batería de instrumentos demasiado extensa; segundo ya que variadas investigaciones dan cuenta de que el estrés traumático secundario muestra una alta correlación con otros tipos de desgaste como la ansiedad (Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; Guerra y Saiz 2007) ,el síndrome de burnout (Birck, 2002; Jenkins y Baird, 2002; Kadambi y Truscott, 2003; Perron y Hiltz, 2006), el abuso de sustancias y problemas en las relaciones interpersonales (Beaton y Murphy, 1995).

Ahora bien en la literatura existen cuantiosos y extensos documentos acerca de qué se debe hacer en las consultas clínicas, lo que debería ocurrir y las posibles causas de los procesos mentales que realizan los pacientes. Temas como la adherencia terapéutica, la transferencia, la validez de los resultados, la eficacia terapéutica, los procesos subyacentes que ocurren en las consultas, la necesidad del establecimiento de Rapport, la importancia de la empatía. Sin embargo, un tema poderoso e importante que puede incurrir en el olvido, es la importancia del psicoterapeuta como persona dentro de la terapia

Es así que, en el camino por desarrollar éste tipo de estrés, surge también la necesidad de búsqueda de medios efectivos para hacer frente a la problemática. En

éste sentido y en base a la bibliografía revisada, el Autocuidado es considerado altamente beneficioso para el bienestar psicológico de las personas, más allá del contexto en el que éste se practique e identifique la problemática a la que se desee hacer frente, esta herramienta debiera ser potenciada, principalmente en contextos laborales donde se desprenden elementos particularmente estresantes. De acuerdo a ésta idea, diversos estudios han considerado que el autocuidado tiene como efecto común la disminución del desgaste laboral, por lo tanto, se asocia la emisión de conductas de autocuidado con bajos niveles de desgaste laboral en cualquiera de sus dimensiones.

En la investigación realizada por Guerra (2012) referentes al tema de estudio afirma, que a una mayor frecuencia de ejecución en las prácticas de autocuidado por parte de los psicólogos clínicos se asocian menores índices de estrés traumático secundario, de la cual se desprende la importancia de la conducta de autocuidado en la labor del psicólogo.

En la ciudad de Arequipa no se encontraron investigaciones referentes a nuestro tema de investigación, sin embargo un estudio más próximo en profesionales de salud mental fue realizada por Arias, Justo, y Muñoz (2014) con el objetivo de identificar el síndrome de burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos, el cual carece de resultados contundentes debido a la falta de claridad en la conclusión y la obtención de resultados, a su vez se observa sesgo en la muestra de los sujetos.

Es por esa razón que realizamos la presente investigación debido a la importancia de determinar el estrés traumático secundario en el personal de salud mental en la ciudad de Arequipa, así mismo la importancia de evaluar los niveles de autocuidado con fines preventivo promocionales para una mayor calidad de vida laboral promoviendo su bienestar integral. Nuestra principal motivación en realizar la presente investigación radica en la importancia de nuestra profesión y la preocupación de nuestro bienestar para brindar un desempeño eficiente a nuestra sociedad siendo ella tan demandante y compleja.

Mediante la siguiente investigación queremos dar a conocimiento aspectos de suma importancia de la situación actual del trabajo del personal de salud mental, con la finalidad de que se pueda tomar en cuenta por parte de los profesionales de la salud mental, no solo en su labor diaria sino también para una mayor calidad de vida.

6.- Antecedentes de Investigación

Para realizar la presente investigación se realizó la revisión bibliográfica por continentes donde encontramos las siguientes investigaciones:

Tanto en Europa y en América del Norte no se reportó investigaciones, ni estudios con variables similares referidos a la investigación que queremos realizar.

En América del Sur: Se encontró las siguientes investigaciones

En el trabajo de Guerra y Pereda (2015) en la Universidad Santo Tomás, Chile presentaron la investigación acerca del “Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño que se empleo fue descriptivo comparativo. La estadística que emplearon fue la T de student, así mismo la muestra estuvo comprendida de 259 profesionales (190 mujeres y 69 varones). Llegando a los siguientes resultados: Los psicólogos que atienden a víctimas de maltrato y abuso sexual infantil presentan niveles significativamente mayores del trastorno y de todos sus síntomas, además superan el punto de corte de la escala en mayor medida que los psicólogos de contextos más amplios.

En el trabajo de Ortiz (2015) en la Universidad Rafael Cанд
ivart Guatemala presentó la investigación acerca de "Conductas y condiciones de autocuidado en salud mental de los defensores y las defensoras de derechos humanos de la niñez y la adolescencia". Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño aplicado fue descriptivo transversal. La estadística que se utilizó fue mediante frecuencias, porcentajes, todo con el apoyo de la versión 18 del programa SPSS. Así mismo, la muestra estuvo comprendida por 36 personas. Los resultados demuestran que se estableció las conductas y condiciones de autocuidado de la salud mental que utilizan los defensores y defensoras de derechos humanos. Se identificó

los principales factores de riesgo de las conductas y condiciones de autocuidado que manifiestan los profesionales de las ciencias sociales.

En el trabajo de Luna y Rojas (2014) en la Universidad de Talca Chile presentaron la investigación “Estrés traumático secundario, depresión y ansiedad en trabajadores profesionales y no profesionales de un centro de salud de mediana complejidad de un centro de salud de mediana complejidad de la región del Maule-Chile”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño que se empleo fue descriptivo correlacional. La estadística aplicada fue mediante el programa SPSS 19.0, así como la muestra estuvo comprendida por 35 participantes. Los resultados obtenidos indican que no existen diferencias significativas entre trabajadores profesionales y no profesionales, en relación a la sintomatología de estrés traumático secundario y ansiedad, esto podría indicar que la labor que se desarrolla en este tipo de centros de salud, no implicaría niveles de afectación diferentes dependiendo de la forma que posean los sujetos.

En el trabajo de Montero (2014) en la Universidad de la Republica Uruguay presento la investigación “Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño que se empleo fue descriptivo transversal. La estadística aplicada fue mediante el programa SPSS 18.0, la fiabilidad, medida como consistencia interna mediante el índice de Alpha de Cronbach, así como la muestra estuvo comprendida por 82 trabajadores. Los resultados muestran que el porcentaje de mujeres con la afección fue más de cinco veces mayor que en los varones. Se confirmó la asociación de tipo negativo con el Mindfulness, la Separación Emocional, las Conductas de Autocuidado, el Recovery y Realización Personal. Por otra parte, se confirmaron relaciones positivas con la historia de trauma personal del trabajador, la frecuencia de exposición a contenidos traumáticos de los usuarios, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización.

En el trabajo de Concha (2013) en la Universidad de Chile presentó la investigación “Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en

psicoterapeutas novatos y experimentados”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño que se empleo fue descriptivo transversal. La estadística aplicada fue mediante U de Mann-Whitney, así como la muestra estuvo comprendida por 30 sujetos. Los resultados muestran que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, excepto en la frecuencia de supervisión de casos clínicos la cual es menor en psicólogos experimentados. Los años de experiencia laboral no influyen en el nivel de autocuidado de psicólogos clínicos, excepto en la frecuencia de supervisión de casos clínicos la cual estaría inversamente relacionada a los años de experiencia laboral. Además, tanto novatos como experimentados utilizan frecuentemente estrategias de autocuidado.

En el trabajo de Werner (2010) en la Universidad de Chile presentó la investigación “Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile” ”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma mixto, el diseño que se empleo fue descriptivo transversal. La muestra estuvo comprendida por 8 profesionales. Los resultados más relevantes de Burnout encontradas fueron las asociadas al clima laboral conflictivo y a la demanda de los pacientes, asimismo la institución misma fue también considerada en sí un factor de riesgo por sus múltiples exigencias y superficial preocupación en relación al autocuidado. Por otro lado, el clima laboral positivo fue un factor protector muy importante, junto con la especialidad Infanto Juvenil que resultó ser protectora en sí misma (en relación a la muestra).

En el trabajo Betta, Morales, Rodríguez y Guerra (2007) en la Universidad del Mar Chile se presentó la investigación “La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en Psicólogos Clínicos”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño que se empleo fue descriptivo correlacional transversal. La estadística aplicada fue mediante SPSS, así mismo la muestra estuvo comprendida por 113 psicólogos. Los resultados obtenidos indican que 10 de las conductas de autocuidado mostraron una relación inversa y significativa con los niveles de estrés traumático secundario y depresión de los participantes.

En el trabajo de Fisher (2007) en la Universidad Academia de Humanismo Cristiano Chile se presentó la investigación “Salud Mental y Autocuidado: prácticas organizacionales y de capacitación en funcionarios y funcionarias de la ilustre municipalidad del bosque”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma cualitativo, el diseño que se empleo fue descriptivo exploratorio. La muestra estuvo comprendida por 16 funcionarios. Los resultados se centraron en las necesidades y expectativas que presentaron tres estamentos administrativo, profesionales, directivos; demandaron espacios recreativos y la rotación de puestos de trabajo, enfatizaron la mística, el carácter afectivo y de pertenencia a la institución, aspiraron a formar alianzas intersectoriales. Finalmente concluyó que la salud mental en esta institución no se visibiliza pero es necesaria por las demandas que presentan los trabajadores, por lo que sugirió la formación del departamento de recursos humanos en el que aportara los conocimientos desde la Psicología Institucional.

En el Perú no se encontró ninguna referencia bibliográfica respecto al tema que vamos a realizar. En Arequipa: se encontró la siguiente investigación:

En el trabajo de Arias, Justo y Muñoz (2014) En la Universidad San Pablo Arequipa presentaron la investigación “Síndrome De Burnout Y Estilos De Afrontamiento En Psicólogos De La Ciudad De Arequipa, Perú”. Fue llevada a cabo mediante el paradigma positivista, el diseño que se empleo fue descriptivo correlacional. La muestra estuvo comprendida por 80 psicólogos. Los resultados muestran la baja realización personal se relaciona negativamente con el agotamiento y la despersonalización, y el síndrome de burnout se relaciona con el estilo de afrontamiento evitativo.

En la Escuela profesional de Psicología de la Universidad Nacional de San Agustín no se ha encontrado ninguna investigación igual a la presente.

7.- Limitaciones del Estudio

- Limitaciones teóricas debido a la carencia de información.
- Falta de material bibliográfico.
- Ubicación de la muestra.
- Adquisición de las autorizaciones para la aplicación de las pruebas.

- La disponibilidad de los participantes en la investigación.

8.- Definición de términos

Estrés traumático secundario

El estrés traumático secundario refiere al desajuste que puede surgir en el profesional debido a su implicación empática con el paciente y a la exposición indirecta (o secundaria) al evento traumático que ésta ha vivido (Figley, 1983). Con el transcurso del tiempo, este proceso puede ocasionar cambios en su bienestar psicológico, físico y espiritual. Es importante que todo trabajador asistencial comprenda el proceso del estrés traumático secundario, pues es muy probable que le afecte, y que no sólo le afecte a él, sino también a su familia, a la organización a la que pertenece y a los beneficiarios de su trabajo.

Conducta de Autocuidado

Son aquellas actividades que realizan los individuos, familias, grupos y comunidades con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe y restablecer la salud, cuando es necesario (Orem, 1993).

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

1.- Antecedentes

Como consecuencia del aumento de desastres colectivos, naturales o provocados, el tema del trastorno por estrés postraumático ha adquirido relevancia en los últimos años. Complementariamente, se ha elaborado un cuerpo teórico sobre los efectos del estrés en las víctimas y en sus cuidadores, voluntarios y profesionales (Stamm, 1999). El planteamiento es “¿Quién cuida a los cuidadores?”. El estudio y la elaboración teórica sobre el estrés traumático secundario resultan incierta por la escasa literatura que existe al respecto, tanto a nivel teórico como metodológico. El tema resulta de difícil manejo por la necesidad de elaborar un modelo integrador en el que interaccionen la naturaleza de evento traumático al que ha sido expuesto el cuidador, su historia personal, sus habilidades emocionales, sus características de personalidad y los factores ambientales que le rodean. A pesar de todo ello, se hace altamente relevante su estudio y el conocimiento de la incidencia del estrés traumático secundario en profesionales y trabajadores de la ayuda a traumatizados.

2.- Definición

El estrés traumático secundario se define, según Figley (1983), como aquellas emociones y conductas resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por otro. Así, los desastres pueden afectar a nivel psicológico a una amplia gama de personas: aquellos directamente afectados, aquellos indirectamente afectados (v.gr. testigos, familiares...) y los ayudantes y trabajadores de rescate. Es en estos últimos casos donde el estrés es una de las mayores causas de enfermedades y si no se reconoce, el estrés acumulado puede llevar a serios trastornos. Sin embargo, en algunos casos, el fuerte carácter de las organizaciones de rescate puede dificultar a los sujetos el reconocimiento de sus problemas sin sentirse estigmatizados.

Joison (1992) usó el término de fatiga de compasión aplicándolo a la profesión de enfermería. El concepto comenzó a utilizarse, y con él se describía el síndrome que muchas enfermeras padecían a causa de su exposición a las historias traumáticas de los pacientes que atendían. Aquel mismo año Jeffrey Kottler (1992), en su libro la terapia Compasiva, acentuaba la importancia de la compasión o empatía con pacientes sumamente difíciles y resistentes como factor de riesgo para el desarrollo de la fatiga de compasión sin embargo, ni Joison ni Kottler definieron de modo preciso el problema, Fatiga de compasión es un concepto que se ha desarrollado en el campo del estudio del trauma y que es un concepto que se a desarrollado en el campo del estudio del trauma y que hace referencia a la tensión traumática secundaria o lo que es lo mismo, al “coste de preocuparse por otros o por su dolor emocional”.

Según Alkema, (2008) es el resultado directo y específico de las experiencias concretas de los profesionales de ayuda; es un riesgo profesional para los que optan por ayudar a los demás. Otros autores plantean que es una forma de nombrar los efectos negativos que se producen en las personas que trabajan en contacto directo con supervivientes de eventos traumáticos (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004).

El estrés traumático secundario es un proceso psicológico, por el cual los profesionales de ayuda como médicos, enfermeras, rescatistas y otro tipo de profesional; que observan el sufrimiento de un paciente, puede experimentar paralelamente las mismas respuestas emocionales de la persona afectada, estos

profesionales podrían manifestar una serie de emociones y conductas resultantes de participar en la atención de un evento Traumático(Meda, Moreno, Palomera, Arias y Vargas, 2012; Moreno- Jimenes; Morante, Losada, Rodrigues y Garrosa, 2004; Morales, Gallegos y Rotger, 2008; Stam, 2005)

Finalmente Bride, 2004 define el Estrés Traumático Secundario como las secuelas de la exposición secundaria a eventos traumáticos que son equivalentes a aquellas de la exposición directa, excepto que el trauma vivido directamente por la víctima es experimentado, en este caso, por el profesional que atiende a la víctima. El constructo es integrado por tres conjuntos de síntomas: intrusión, evitación y activación, que corresponden a los criterios B, C y D, respectivamente, del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) que sufren las víctimas directas del trauma (APA, 1995).

En este sentido, el ETS se produce cuando una persona está influenciada secundariamente por las respuestas de estrés de otra persona, específicamente su paciente (Valent, 1995). De esta manera, el profesional comienza a experimentar la misma sintomatología que su paciente luego de haber transitado, este último, por una experiencia extrema que pudo haber derivado o no en la configuración de TEPT. Esta patología se ubica dentro de los trastornos de ansiedad que define el DSM en su cuarta edición de 1994 (APA, 1994). Se entiende como un conjunto de signos y síntomas que producen un deterioro significativo en la calidad de vida del que los padece y se asocian a haber transitado por una situación traumática, como puede ser una guerra, un desastre natural, situaciones de violencia, violaciones, torturas, etc. (APA, 1994).

En cuanto a la sintomatología asociada al ETS, los síntomas Intrusivos corresponden a la re-experimentación a través de recuerdos, pensamientos, flashbacks y sueños frecuentes relacionados con la experiencia traumática de los pacientes. Los síntomas evitativos incluyen la evitación constante de estímulos asociados al trauma de los pacientes, incapacidad de recordar aspectos significativos de la experiencia traumática por la que han transitado los pacientes y la reducción del interés por participar en actividades anteriormente significativas. Finalmente, los síntomas de aumento de la activación engloban la ansiedad, la dificultad para conciliar o mantener el sueño, la irritabilidad, una baja concentración y la hipervigilancia. Todos

ellos, elementos ausentes antes de haber entrado en contacto con las experiencias traumáticas de los pacientes (Figley, 1995, Bride al., 2004).

Hay una gran cantidad de términos que describen este fenómeno. Así, encontramos como sinónimos de estrés traumático secundario: traumatización secundaria (Follette, Polusny & Milbeck, 1994), persecución secundaria (Figley, 1982), tensión secundaria traumática (Figley, 1983, 1985, 1989; Figley & Stamm, 1997), traumatización vicaria (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a), y sobreviviente secundario (Remer & Elliott, 1988a; 1988b).

En función de las ideas presentadas anteriormente, el ETS es un tipo específico de desgaste laboral que surge debido al contacto con pacientes traumatizados. La condición necesaria, pero no suficiente para desarrollar ETS, es que el profesional tiene que haber entrado en contacto con pacientes que transitaran situaciones traumáticas en algún momento de su vida. En este sentido, el ETS se caracteriza por presentar síntomas propios del TEPT (DSM-I).

Con el transcurso del tiempo, este proceso puede ocasionar cambios en su bienestar psicológico, físico y espiritual (L.A. Pearlman y L. McKay 2008).. Es importante que todo trabajador humanitario comprenda el proceso del estrés traumático secundario, pues es muy probable que le afecte, y que no sólo le afecte a él, sino también a su familia, a la organización a la que pertenece y a los beneficiarios de su trabajo.

- El estrés traumático secundario es un proceso que se desarrolla con el tiempo. No se trata de meras respuestas del trabajador humanitario al contacto con una persona, una historia o una situación. Es el efecto acumulado del contacto con sobrevivientes de la violencia o de catástrofes, o de personas que están atravesando una situación muy difícil.
- El estrés traumático secundario se produce por una cuestión de sensibilidad, por sentir empatía con quienes sufren. La empatía es la capacidad de identificarse con el otro, de comprender y sentir el dolor y la alegría del otro.
- El estrés traumático secundario se produce cuando, sintiendo el compromiso y la responsabilidad de ayudar, en ocasiones no es posible hacerlo. Ello puede generar enormes expectativas de uno mismo y de los demás (a veces poco realistas), así como de los frutos que se pretende del propio trabajo. Con el tiempo, ese sentido de compromiso y responsabilidad pueden generar una

sensación de agobio, de consternación y de desesperanza ante la necesidad y el sufrimiento extremos. También pueden generar un nivel de auto exigencia que excede lo razonable para el propio bienestar o para los intereses a largo plazo de los beneficiarios mismos.

- Un componente clave del estrés traumático secundario son los cambios que suscita a nivel espiritual, y la profunda repercusión que ello puede tener en la propia visión del mundo y en la percepción más profunda del sentido de la vida y la esperanza.

¿Quiénes están más expuestos al riesgo de sufrir estrés traumático secundario?

Según Pearlman and McKay, 2008

- El estrés traumático secundario puede ser más problemático para aquellos que tienden a eludir los problemas o los sentimientos conflictivos, que culpan a los demás por sus dificultades o se alejan cuando las cosas se ponen difíciles.
- Quienes han vivido una experiencia traumática pueden identificarse más estrechamente con determinados tipos de dolor o pérdida padecidos por otras personas, y ser más vulnerables al estrés traumático secundario.
- El estrés añadido en otras áreas de la vida puede incrementar la vulnerabilidad al estrés traumático secundario.
- Carecer de una idea que dé sentido a la vida, de una motivación y de esperanzas constituye un factor de riesgo de padecer un estrés traumático secundario más problemático.
- Una persona que carece de buen apoyo social de personas con las que hablar, que se interesan por ella y por su bienestar está expuesta a un mayor riesgo de sufrir estrés traumático secundario.

- La ausencia de unos límites sostenibles entre la vida privada y la vida profesional o laboral, y la existencia de ideales o expectativas poco realistas acerca del trabajo pueden contribuir a un estrés traumático secundario más problemático.

3.- Prevalencia del ETS

Estudios clínicos y epidemiológicos con diseños transversales y descriptivos han encontrado altos niveles de prevalencia del ETS en diferentes muestras de profesionales. Utilizando la Escala de Estrés Traumático Secundario (Bride et al., 2004), Guerra (2008) estudió la prevalencia del ETS en una muestra de Psicólogos Clínicos Chilenos ($n=264$) y halló que el 39% de los participantes se encontraron por encima del punto de corte de 38 puntos (Bride, 2008), por lo que presentan TEPT debido al ETS. De ésta muestra, los Psicólogos Clínicos que trabajan en un contexto laboral amplio (contextos laborales variados) ($n=113$) presentaron una prevalencia del 28% de presencia de ETS por encima de los 38 puntos y los Psicólogos Clínicos que trabajan en centros de violencia ($n=146$) una prevalencia del 43%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($t = -2,640$; $p < 0,01$) (Guerra y Saiz, 2007). Otro estudio, con 187 trabajadores de Servicios de Protección Infantil, encontró que el 34% de ellos presentó sintomatología de TEPT asociada al ETS (Bride, Jones, & MacMaster, 2007).

Por otra parte, en el campo de la enfermería, se estimó la prevalencia del ETS en 67 enfermeros y enfermeras insertas en salas de emergencia de tres Hospitales Generales Comunitarios de California, Estados Unidos. Utilizando el criterio propuesto por Bride (2008), el 33 % de los enfermeros presentó sintomatología de TEPT por exposición secundaria (Dominguez-Gomez & Rutledge, 2009). Otro estudio analizó una muestra aleatoria de 464 enfermeras de la Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nurses (AWHONN) y encontró que el 35% de las enfermeras informó sintomatología de moderada a graves en los niveles de ETS (Beck, & Gable, 2012). En otro estudio en 43 miembros del personal de una unidad de oncología para pacientes hospitalizados, el 37% de los que respondieron a una encuesta por correo presentó sintomatología de TEPT asociada al ETS (Quinal, Harford & Rutledge, 2009). Anteriormente, Bride (2007) estimó la prevalencia del

ETS en 282 Trabajadores Sociales y halló que el 15% de los mismos cumplen criterios para TEPT. (Bride, B. E., 2007).

A pesar de la variedad de estimaciones sobre la prevalencia del ETS en algunos estudios, la misma refleja un fenómeno de alta prevalencia que debe tomarse en cuenta tanto para su estudio como para su intervención.

4.- Signos, Síntomas y Señales

García y Freire (2010), citan a Figley (2006), quien considera que existen tres grupos de síntomas que se presentan en el desgaste por empatía, que son revivenciar que consiste en evocar los eventos traumáticos que ha escuchado por parte del paciente, conductas evitativas que se presentan cuando apartan o huyen del trato con los demás y estados de hipereactivación que corresponde a la dificultad de conciliar el sueño, irritabilidad e ira, dificultad de concentración e hipervigilancia; estos se presentan de manera paralela con los síntomas de estrés postraumático.

Señales:

- Sentimientos de angustia hacia el cliente porque no ha tomado las mejores decisiones.
- Impaciencia cuando cuenta su propia historia.
- Sobre preocupación por su seguridad.
- Más empatía e identificación con el agresor.
- Sentimientos de tristeza por no ser buen profesional.
- Disociarse cuando escucha al cliente.
- Persuadirlo a tomar las decisiones que tomaría el terapeuta.
- No querer ir al trabajo.

Ayuso y Ruiz (2010), detallan los signos y síntomas en dos grandes grupos, generales y específicos:

- Cambios generales:

- Falta de tiempo y de energía para sí mismo.
- Relaciones sociales escasas.
- Sentimiento de desesperanza.

- Pesadillas.
- Cinismo.
- Incremento de la sensibilidad a la violencia.

Cambios específicos:

- Cambio en la manera de verse a sí mismo en el mundo, en los valores espirituales.
- Percepción de la disminución de las capacidades.
- Cambios en la manera de pensar y sentir.
- Alteraciones sensoriales.

Moreno, Peñacoba, González y Arroyo (2003), citan a Maslach y Jackson (1981 y 1986), quienes definen al burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional que puede ocurrir en todos los individuos que trabajan o atienden a personas de algún modo. La definición operativa del burnout resulta ser el instrumento más empleado para la evolución del síndrome de desgaste por empatía y se divide en tres dimensiones sintomáticas para su evaluación:

- Agotamiento emocional: Se refiere al agotamiento de los recursos emocionales, al sentir que no se puede más en un nivel psicológico y sentir no tener nada más que entregar a los demás.
- Despersonalización: Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y cínicas hacia el receptor del servicio o ayuda, tratamiento de forma insensible a los clientes pudiendo referirse a ellos hasta de forma despectiva.
- Reducción de la realización profesional: Consiste en la incapacidad para lograr las metas y sentirse mal por ello; por medio de una autoevaluación.

Ayuso y Ruiz (2010), explican que existen causas significativas para el desarrollo del síndrome entre las que podemos encontrar:

- Tratar con mucha gente: Es un elemento clave pues el grado y la cantidad de pacientes a los que se asista es tan importante como la gratificación o la demanda emocional en la que se esté implícito.

- Experiencias de éxito y fracaso: Partiendo de las expectativas positivas y poco realistas acerca de las posibilidades de aliviar el sufrimiento de los demás.
- Ausencia de control: En muchos campos de la salud los resultados no son totalmente predecibles y claros lo que puede afectar de manera negativa a quienes trabajan en este campo.
- Ambigüedad: La incertidumbre que crea el rol de cada uno puede tener efectos negativos sobre los aspectos emocionales del profesional de la salud.

5.- Consecuencias del estrés traumático secundario

El ETS puede tener una expresión aguda en un momento determinado tras entrar en contacto con situaciones traumáticas experimentadas por los usuarios con los que el profesional desarrolla su actividad laboral. Si el ETS permanece sin resolverse, existe el riesgo de que el profesional pueda llegar a ser emocionalmente distante e incapaz de mantener un ambiente cálido y actitud empática y sensible hacia los pacientes (McCann & Pearlman, 1990) y que, eventualmente, pueda abandonar su lugar de trabajo y profesión.

Se han realizado varios estudios en rescatistas, enfermeros, médicos y psicólogos, en tanto son profesiones que permanentemente se encuentran en contacto con situaciones traumáticas por las que han transitado sus pacientes. Como ejemplo, en relación a los psicólogos, la atención psicoterapéutica ha sido considerada como un factor que puede causar un impacto negativo en la vida personal del terapeuta (Guy y Liaboe, 1986; Farber y Heifetz, 1982; Will, 1979; Greben, 1975; Varma 1997). Los psicoterapeutas suelen trabajar directamente con el estrés y los estresores de sus pacientes (Varma, 1997). Están más expuestos a la intimidad, a la interacción y a la implicación con sus pacientes, asistiendo y participando en la lucha de personas que presentan un malestar considerable –como de tipos depresivos con tendencias suicidas- así como situaciones personales muy próximas a las del terapeuta, que pueden ocasionar la actualización de viejos problemas o ser sentidas como desencadenantes de problemas en ellos mismos (Farber y Heifetz, 1982; Forney, Wallace-Schutman y Wiggers, 1982). Los psicólogos se exponen de manera cotidiana a relatos cargados de sufrimiento y dolor por parte de los usuarios de sus servicios, aumentando el riesgo de padecer sintomatología asociada al ETS. Herman

(1997) refiere a esta respuesta como la contratransferencia traumática, en la que el terapeuta experimenta el mismo terror, la rabia y la angustia que el paciente, aunque en menor grado.

6.- El terapeuta como víctima

Vanderlinder y Vandereycken (2002), expresan que los profesionales de la salud mental en determinado momento de la vida han experimentado algún evento traumático. Pero tiene que entender que no pueden resolver el trauma por medio de la atención a otra víctima pues el terapeuta puede caer en proyectar la historia en la victimización del paciente y en estos casos la historia no resuelta del terapeuta puede encajar en la de la víctima al ser similares en contenido.

Además de los terapeutas que padecen de revictimización durante un proceso terapéutico están los terapeutas que trabajan con pacientes traumatizados quienes corren el riesgo de comenzar a sentir síntomas de un desgaste por empatía. Esto parte del impacto emocional y las secuelas psicológicas del enfrentarse a los hechos o experiencias traumáticas del paciente.

Dentro de los indicadores de traumatización vicaria, contratransferencia traumática, desgaste por empatía o fatiga por compasión encontramos sentimientos de angustia, imágenes invasivas provenientes del material traumático del paciente, falta de empeño para obtener material para el paciente, trastornos del sueño, dolores de cabeza entre otros.

Junto con estas condiciones una de las causas que crean un desgaste por empatía se encuentra la sobreidentificación con la víctima del trauma, donde el terapeuta puede llegar a compenetrarse tanto hasta llegar a hacer el duelo por la pérdida del paciente o se vea invadido por sentimiento de ira, impotencia y vergüenza o intentar responsabilizarse por la vida del paciente convirtiéndose en un salvador para él.

Otro rasgo de la sobre identificación con el paciente es darle un trato especial comparado con el que se le da a otros pacientes, esto lleva a que ambos generen reglas y excepciones especiales dentro del proceso terapéutico, a pesar de ello no se deben de tomar dichas consideraciones en ningún proceso terapéutico únicamente por que el paciente sea sobreviviente de un evento traumático.

7.- Diferencia entre el trastorno de estrés postraumático y desgaste por empatía

La diferencia radica en cómo se vive el trauma, pues en el desgaste por empatía el evento traumático experimentado por el paciente es el evento traumático experimentado por el terapeuta, es por ello que las personas en riesgo de desarrollar un trauma secundario son las que tiene la responsabilidad del cuidado de las personas que han tenido algún tipo de crisis.

Históricamente los profesionales que brindaban atención en crisis eran los más propensos a adquirir un trauma secundario como los policías, bomberos, médicos que trabajan en emergencias; sin embargo la lista se ha ampliado para incluir a personas que trabajan con niños, familias en crisis y pacientes que han sufrido un trauma y quienes están en contacto con este grupo de personas son los pediatras, psicólogos, abogados, personas que trabajan en servicio de protección a niños, guardias de seguridad, docentes y la lista aumenta todos los días.

8.- Estrés, depresión y desgaste profesional

Walsh (2010), explica que las experiencias estresantes agudas y específicas contribuyen con la depresión de manera más importante pues los factores ocupacionales pueden ser precipitantes de estresores psicológicos, algunos detonantes del bienestar mental negativo es la baja calidad del trabajo realizado, como una insatisfacción en lo que realiza, un trabajo rutinario y la interferencia con las actividades familiares así como las interrupciones con el desarrollo del trabajo.

El exceso de trabajo y la falta de control del mismo también son estresantes significativos pues también crean insatisfacción laboral. El riesgo de que los profesionales de la salud presenten alteraciones psicológicas aumenta pues el trabajo incurre además una carga emocional.

Es importante diferenciar la depresión y el desgaste profesional pues la depresión se refleja por una gran sensación de autoderrota de tal modo que los profesionales con depresión poseen un gran desgaste profesional pues estos experimentan una decadencia en la labor y una disminución de la superioridad laboral, siendo más

evidente que la despersonalización y el agotamiento emocional, síntomas del desgaste profesional.

Se encontró que una menor sensación de superioridad y pérdida de estatus laboral son más característicos en profesionales depresivos que en individuos con desgaste profesional, pues los depresivos se han dado por vencidos en cambio los profesionales con desgaste se sienten aun como potenciales ganadores en el quehacer laboral.

9.- Empatía

Galimberti (2002), define la empatía como la capacidad que posee una persona para reconocer pensamientos y estados de ánimo hasta comprenderlos, la empatía necesita un acomodamiento receptivo que procure entrar en la función del otro y valorar el significado de la evocación o experiencia de la otra persona.

Explica que es un proceso de imitación y proyección que permite sentirnos como el otro, además de una correcta interpretación verbal y no verbal de las manifestaciones emocionales, pero conservando la identidad propia y la conciencia de manera separada.

Galimberti (2002), cita a Rogers quien explica la importancia de la empatía dentro de la relación terapéutica, sin embargo la compresión no se limita a un nivel gnóstico, sino más bien a nivel pático donde algunas emociones que no pertenecen a las experiencias del terapeuta son valoradas por la extensión de las mismas y en estados alterados de la conciencia como en el delirio o de algunas otras patologías psiquiátricas resulta difícil establecer empatía por lo que se remplaza en un proceso diagnóstico para diferencias una neurosis de una psicosis.

Rosetree (2009), explica que la empatía se refiere a la experiencia de realizar al otro, que equivale al conocimiento transpersonal, ha ir más allá de los límites usuales con el fin de conocer un modo de ser diferente, que permite la percepción se lleve más allá de sí mismo, comprendiendo la realidad de otra persona desde su vivencia.

10.- Empatía y antipatía

Stassen (2007), refiere que la empatía es la verdadera identificación de los sentimientos de otro, así como la capacidad para preocuparse por otras personas;

siendo entonces la antipatía el disgusto que se siente hacia el otro o incluso puede llegar a ser un odio. La empatía no se refiere a la simpatía pues esta es la pena que se siente por alguien más.

Stassen (2007), cita a Halberstadt y Eaton (2002), quienes aseguran que la empatía se desarrolla en los primeros años de vida por medio del ejemplo e influencia de los padres. De la misma manera la experimentación de emociones negativas como el enojo, disgustos o la ansiedad crean antipatía, ambas emociones conducen a generar una acción en especial si las emociones no son bien reguladas.

La empatía crea una conducta prosocial que crea condiciones beneficiosas y amables pues permite compartir dentro de un grupo social, expresar emociones, integrar a los demás en actividades o transmitir deseos, emociones o conocimientos. La antipatía produce una conducta antisocial, pues lleva a dañar intencionalmente a alguien o destruir la propiedad privada; las acciones antisociales constituyen la exclusión social, insultos verbales y agresiones físicas.

▪ **Situaciones traumáticas**

Navarro (2007), indica que los traumas son relacionados con eventos desagradables como un golpe físico emocional tan súbito y severo que la persona es incapaz de asimilarlo sin comprenderlo por completo. Estos son parecidos a las situaciones estresantes, sin embargo la diferencia radica en la rapidez en que suceden los eventos y quien lo vive no puede asimilarlo y lo revive constantemente.

Las situaciones traumáticas son más frecuentes en los niños pues para ellos los eventos son más doloroso al ser más sensibles y por su incapacidad para pensar lógicamente lo que permite asimilaren con facilidad las situaciones dolorosas pues sienten mucho, registran todo y no comprenden en totalidad las situaciones.

Por ello algunos adultos pueden arrastrar sentimientos crónicos de inseguridad al haber presenciado durante la niñez algún tipo de maltrato hacia la madre de parte del padre o hacia alguna persona cercana y significativa, estos eventos resultan traumáticos al ser incomprensibles en ellos, pues los padres deben de ser

protectores de sus hijos; el abuso contra los menores que generen situaciones traumáticas pueden ser el maltrato físico, emocional y sexual.

Entre las situaciones traumáticas más severas se encuentran los asaltos a mano armada, robos, violaciones, secuestros y el terrorismo, estos eventos rompen todos los esquemas y expectativas lógicas de la vida en familia o sociedad. Otros eventos traumáticos son los accidentes automovilísticos, deportivos o situaciones de trabajo, también la muerte de personas queridas, la pérdida del trabajo o las posesiones importantes, como una casa o el divorcio.

Eventos como estos pueden desencadenar un estado de choque o despersonalización pues las personas no se pueden encontrar a sí mismas, pues sienten que el evento no les pasó o no les puede estar pasando a ellos. Abandonan su cuerpo y parecen idas, como bajo hipnosis y la angustia, miedo, dolor, indignación y la vergüenza, entre otros sentimientos y emociones, son tan intensas que no se pueden percibir.

Estos eventos traumáticos quedan registrados profundamente en el cuerpo vivo aunque no se tenga plena comprensión de lo que sucedió o por qué sucedió, pues son eventos con intensa carga emocional negativa sin expresar. Ello crea cicatrices emocionales que muchas veces no son perceptibles pero crean efectos devastadores en el comportamiento generando problemas musculares, digestivos, angustia, ataques cardíacos e insomnio.

Los traumas son comparables a la existencia de un objeto extraño en el interior del organismo, como un parásito, un virus o una espina clavada, ellos contienen recuerdos tóxicos muy destructivos emocionalmente así como una fuerte carga emocional compactada e inexpresada.

Existen también situaciones menos traumáticas, minitraumas, las que ocurren con mayor frecuencia pues son esos momentos de rechazo, fracaso, vergüenza o culpa. Algunos sentimientos de culpa son ocasiones por no perdonarse por realizar acciones contra los demás y también se presentan en personas como baja autoestima.

Cuando no se manejan bien los traumas producen diversos malestares en el organismo, entre los más comunes esta la inseguridad y la ansiedad persistente,

depresión y algunas enfermedades psicosomáticas. Estos malestares desaparecen gradual o súbitamente en cuanto las situaciones nocivas se pueden solucionar. Una forma de enfrentarlas es la imaginación, se pueden recodar en detalle y descargar contenido emocional para resolverlas adecuadamente.

Las personas pueden liberarse de cargas emociones negativas sin embargo los traumas severos como abuso sexual, violaciones, secuestros, accidentes, la violencia o terrorismo deben de ser atendidas por una especialista.

11.- Trastorno de estrés postraumático

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV-TR (2005), este trastorno puede aparecer a partir de la exposición a un acontecimiento traumático en el que la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para la integridad física propia o de los demás y la persona ha respondido ante la situación con un temor, una desesperanza o un horror intenso.

Lorente (2008), manifiesta que tras un incidente traumático, este se reexperimenta persistentemente, ya sea mediante recuerdo o sueños recurrentes e intrusivos y los mismos provocan un malestar significativo.

Durante los sueños o recuerdos la víctima revive el evento y tiene la sensación que sucede nuevamente, las manifestaciones de revivir el evento traumático no solo es psicológico sino también fisiológico al exponerse a recuerdos o estímulos que simbolizan o evocan el acontecimiento traumático.

Es por ello que la víctima evade los estímulos que de uno u otro modo le recuerdan el evento traumático, también se produce un embotamiento en la capacidad de reacción de la persona, deja de sentir interés por las actividades que antes le emocionaban, tienen una sensación de desapego o enajenación frente a los demás, se sienten incapaces de sentir amor y tener sensaciones de no tener futuro o expectativa de una vida normal.

La activación fisiológica se aumenta reflejada en insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto.

Si estos síntomas duran entre uno y tres meses será un trastorno de estrés agudo, si es crónico y sobrepasa ese tiempo se trata de un estrés postraumático.

Oblitas (2009), explica que el trastorno de estrés postraumático es un cuadro clínico que se presenta tras un acontecimiento extremadamente traumatizante, que suponga daño real o amenazas a la integridad física de otras personas, ante el cual la reacción del individuo es un miedo intenso, horror o desesperanza. El suceso es reexperimentado de manera persistente por medio de imágenes o pensamiento sobre el mismo.

Además de la evocación del suceso surge otro tipo de reexperimentación, de manera persistente pues las imágenes o pensamientos del mismo, sueños recurrentes, sensaciones de revivir la experiencia que también se da a nivel fisiológico de manera intensa y desagradable ante señales relacionadas con el suceso. También se manifiestan conductas de evitación de estímulos asociados con el trauma vivido y síntomas de arousal incrementados de manera crónica como la hipervigilancia, dificultad de concentración, irritabilidad, alteraciones del sueño y respuestas de alerta exageradas.

Los acontecimientos que con mayor frecuencia producen el trastorno son experiencias con guerras, agresiones personales violentas, secuestros, atentados terroristas, torturas, desastres naturales, accidentes de automóvil o diagnósticos de enfermedades que pongan seriamente en peligro la vida y el pronóstico es peor cuando el acontecimiento traumático es producido por otras persona y que además pueden desarrollar dificultades afectivas, conductas autodestructivas, abandono de creencias previas, hostilidad o evitación social.

En algunos casos las personas con estrés postraumático puede tener sentimientos de culpa por haber sobrevivido, si es que durante el evento se produjo la muerte de otras personas. La evitación de los estímulos que evoquen el momento puede también desarrollar fobias y por lo general se sufre el riesgo de sufrir otras alteraciones como trastornos de pánico, obsesivo-compulsivo, depresión mayor, somatizaciones y abuso de sustancias.

El curso más probable supone que el inicio de las manifestaciones sintomáticas sea dentro de los primeros tres meses después del trauma, la duración sintomática es

muy variada, pero en la mayoría de los casos desaparecen después de los tres meses siguientes de su aparición, durante el restablecimiento del comportamiento incurren variables como el soporte social, la historia familiar, experiencias infantiles, rasgos de personalidad y trastornos mentales preexistentes.

Jarne (2006), explica que este trastorno se genera luego de haber vivido una situación estresante que provocaría malestar en la mayoría de las personas como síntomas disociativos, ansiedad, evitación y estímulos relativos al trauma y de reexperimentación del traumatismo, entre otros. Estos síntomas se presentan junto a un deterioro en la esfera afectiva como una notable pérdida de interés y motivación por actividades que antes se encontraban gratificantes, incapacidad para manifestar sentimientos amorosos y sensación de desesperanza en la proyección al futuro.

Algunas veces los pacientes pueden sentirse culpables por el hecho de haber sobrevivido en el hecho donde otros perdieron la vida, cuando el trauma se precipita por acción de otras personas como en violaciones, secuestros, peleas, encarcelamiento, torturas y otros pueden aparecer con más intensidad síntomas como desequilibrio afectivo, comportamientos compulsivos y autodestructivos, síntomas disociativos, somatizaciones, sentimiento de inutilidad, vergüenza o desesperanza, hostilidad, retraimiento social, sensación de peligro constante, deterioro de las relaciones con otros y alteraciones en las características de la personalidad previa.

Jarne (2006), cita a Davidson y Foa (1991), quienes exponen que la sintomatología del trastorno se divide en tres grandes grupos, síntomas intrusivos: recuerdos, pesadillas, flashbacks; síntomas de evitación y paralización: es la evitación a estímulos vinculados al trauma, tendencia a estar alerta, pérdida de interés, desesperanza, escasa implicación social y síntomas de hiperactivación: ansiedad, incapacidad para relajarse e insomnio.

▪ **Curso y Pronóstico**

Jarne (2006) indica que el trastorno de estrés postraumático puede iniciarse a cualquier edad, los síntomas suele aparecer durante los primeros tres meses posteriores al evento traumático y aun así podrían tardar meses o hasta años antes de que el cuadro sintomático se ponga en manifiesto. Inicialmente

algunas veces suelen cumplirse los criterios diagnósticos de un trastorno de estrés agudo pero la duración de los síntomas muestra considerables variaciones y en la mitad de los casos los síntomas desaparecen en los primeros tres meses pero otras veces puede persistir más allá de los doce meses luego del acontecimiento traumático.

Existen tres subtipos diferentes del trastorno relativos a la duración de los síntomas y el tiempo que transcurre entre la exposición al evento traumático:

- Agudo: Cuando la duración de los síntomas es inferior a los tres meses.
- Crónico: Cuando la duración de los síntomas es igual o superior a los tres meses.
- De inicio demorado: Si entre la aparición de los síntomas y el evento traumático transcurrieron como mínimo seis meses.

Junto a este trastorno existe el riesgo de presentarse trastornos de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias sociales, fobias específicas o trastorno depresivo mayor o toxicomanías. En algunas ocasiones podrían presentarse alteraciones permanentes en la personalidad de las víctimas de una situación traumática.

Jarne (2006), cita a Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough y Weiss (1992), quienes concluyen que los sujetos que han sufrido el trastorno poseen menos probabilidad de terminar sus estudios, formar una familia, encontrar trabajo y más probabilidad de divorcio, violencia doméstica, problemas con los hijos e insatisfacción general.

▪ **Diagnóstico diferencial**

Se deben de generar distinciones de un trastorno adaptativo, pues el traumatismo puede revestir cualquier intensidad y al respuesta del sujeto no alcanza las categorías de estrés postraumático. También considerar que los síntomas presentados por el paciente pueden darse en otros tratamientos como el

trastorno psicótico breve, trastorno dissociativo, trastorno de ansiedad o afectivos y de darse el caso se debe de diagnosticar el trastorno principal.

12.- Medidas preventivas para el terapeuta

La psicoterapia coloca al terapeuta en una situación de vulnerabilidad emocional pues lo enfrenta con problemas emocionales y para contrarrestar dicha vulnerabilidad se deben de establecer algunas medidas preventivas que asistan al terapeuta y prevengan la aparición de un desgaste por empatía.

Trabajar con pacientes traumatizados es uno de los procesos terapéuticos que generan más vulnerabilidad, por ello una medida preventiva es establecer un sistema de supervisión pues en estos casos se requiere más apoyo y comprensión que en otros, porque también es más probable caer en acciones antiterapéuticas como la sobreidentificación o la indiferencia con el paciente.

El supervisor podrá observar si durante el proceso terapéutico desarrolla signos de pertenecientes al síndrome de desgaste por empatía, síntomas de fatiga o pérdida de entusiasmo. Además se debe de tomar en cuenta que los terapeutas que tengan experiencias traumáticas al inicio deben de seleccionar con mucho cuidado a los pacientes.

También hay que tomar en cuenta que el contacto con colegas y su supervisor puede ser una oportunidad para que el terapeuta pueda comentar los propios sentimientos y las reacciones ante la historia del paciente.

Otra medida preventiva es establecer un equilibrio entre la vida personal y la vida profesional, para lograrlo muchos terapeutas reducen la cantidad de pacientes que atienden, otra medida importante es establecer límites claros entre los dos tipos de vida, por ejemplo el terapeuta no debe de estar a disposición del paciente todo el día, todos los días de la semana.

Sin embargo si el paciente requiere este tipo de disponibilidad el terapeuta debe de asegurarse no ser el único significado para el paciente, sino el paciente debe de tener más alternativas fuera de la asistencia terapéutica. Pues se debe de considerar que ambos necesitan un sistema de apoyo fuera del ejercido por el tratamiento.

La vida personal del terapeuta debe poseer suficiente riqueza emocional y solidez psicológica como para nutrir la vida profesional.

AUTOCUIDADO

1.- El Autocuidado A Través De La Historia

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos, como lo dice Epicteto, uno de los principales representantes de los estoicos, el ser humano ha sido confiado a la inquietud de sí y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos. Para él la inquietud de sí era un privilegio-deber, un don-obligación que nos asegura la libertad, obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda aplicación.

Es así como los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción mesurada de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante el temor al exceso, la economía del régimen, la escucha de las

perturbaciones, la atención detallada al disfuncionamiento y el tener en cuenta elementos como la estación, el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y, a través de éste, el alma. Como puede observarse esta cultura comienza a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado.

Siguiendo el hilo de la historia, con la influencia de la tradición judeo-cristiana en las prácticas de cuidado, específicamente con el fomento de la práctica de la castidad, la forma integral de autocuidado practicada por los griegos cambió el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, y transformó profunda y progresivamente el concepto y significado de los cuidados, al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacia unos cuidados centrados en el espíritu con demérito de los corporales.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto y formas de promocionar el cuidado. Para comprender mejor esta influencia es necesario introducir los conceptos que la lengua inglesa desarrolló con relación a la noción de cuidado. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre –care– a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación –cure– a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida. Los cuidados de curación son los utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico.

Entrando al campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes: 1) la medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud y 2) con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los

tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos. Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad.

Dentro de esta mirada, el sistema y los agentes de salud han confundido los conceptos de prevención y promoción utilizándolos indistintamente. Por ejemplo, se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados con factores de riesgo susceptibles de incidir. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo y detectando los que están en fase pre sintomático. Por tanto, mediante la educación para la salud se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas. Sin embargo, esta estrategia se ha basado en mensajes de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al regaño.

El énfasis que ha hecho el sistema en los cuidados de curación, ha propiciado desconocimiento acerca de la importancia de los cuidados que den respuestas favorables a sus necesidades cotidianas como el interés por un desarrollo integral del cuerpo y la mente. Además, como dice Colliere M, al promover los cuidados de curación sobre los de mantenimiento, se aniquilan las fuerzas vivas de la persona, o sea, todo aquello que le hace querer y reaccionar ya que se agotan las fuentes de energía vital sean éstas de naturaleza física, afectiva o social.¹ Esto hace que el ser humano entre en un adormecimiento frente a la motivación y responsabilidad por el cuidado para la vida. Por tanto, todas las capacidades vitales piden y exigen ser movilizadas constantemente para que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida, incluso en el umbral de la muerte.

2.- Epistemología

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto Del griego *avto* que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín *cogitatus* que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente.

3.- Definición De Autocuidado:

Se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma (Orem, 1993).

4.- Otros autores:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que el autocuidado se relaciona con todo aquello que las personas hacen por sí mismas para conservar sus condiciones de salud, cuyo propósito es el de promocionar la vida y el bienestar de los seres humanos, mientras que la gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, está orientada a preservar la integridad de las personas, siendo conscientes de que un gran porcentaje del resultado es responsabilidad de cada uno y de su estilo de trabajo.
- (Figley, 2002, Hesse, 2002, Pearlman y Saakvitne, 1995, Richardson, 2001, Saakvitne y Pearlman, 1996). Nos dicen que El autocuidado como un proceso en el cual el terapeuta interviene en la promoción, prevención y tratamiento de su propia salud.
- Hidalgo y Moreira (2000) indican que el autocuidado corresponde a un constructo estrechamente ligado a lo práctico, ya que refleja las diferentes y variadas estrategias concretas que son implementadas al interior de los equipos profesionales para hacer frente al desgaste laboral.
- Por otro lado Richardson (2001), quien define el Autocuidado como un mecanismo potencial en la prevención del desgaste laboral.
- Para Pearlman y Saakvitne (1995), a nivel personal las estrategias de autocuidado de los terapeutas deben estar centradas en la identificación de “actividades sanadoras”, es decir, actividades que disminuyan el estrés laboral.

- Para (Guerra, et al. 2008, pp. 68) Las conductas de autocuidado se refieren a las acciones que puede realizar el propio profesional, que en la presente investigación se le denomina al nivel individual, el cual abarca:
 - La salud física: Bajo esta concepción se entiende la relación intrapersonal con el propio cuerpo.
 - Emocional: Se refiere al equilibrio de los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos. Así como a la salud mental.
 - Social: Se refiere a la relación interpersonal con las personas del entorno, ya sea la familia, amistades y/o pareja.
- Para (Morgan, 2005, pp.18) el autocuidado es todo lo que hagamos o no hagamos tiene un impacto directo en nuestras vidas y en las vidas de otras personas y en todas las esferas del entorno, ya sea que, podamos verlo o no. Es una responsabilidad personal contribuir positivamente en el sector o área que nos corresponde. Al decidir ser parte del grupo de prestadores de servicios a otras personas, estamos obligados a cuidar de nosotros mismos, a buscar la ayuda necesaria para superar las necesidades identificadas en las áreas físicas, psicológicas y sociales.
- Para (Hernández y Tello. 2013, pp.19) El autocuidado no es un lujo para tiempos de paz, sino una estrategia de seguridad: cuando las defensoras continuamos trabajando a pesar del estrés y del agotamiento podemos estar menos alertas frente a los riesgos, o nos puede resultar más difícil enfrentarlos. El autocuidado no solo es fundamental para el bienestar de las defensoras a título individual, sino también para la supervivencia de los movimientos y organizaciones. El autocuidado es una estrategia política de resiliencia y resistencia frente a las agresiones que procuran debilitar a las organizaciones y movimientos dedicados a procurar justicia y defender los derechos humanos.

5.- Teorías Sobre El Autocuidado

a) teoría del auto cuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el auto cuidado es una actividad aprendida

por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Tres Requisitos De Autocuidado

Entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el auto cuidado:

- Requisitos de auto cuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de auto cuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

b) teoría del déficit de auto cuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto cuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería

Sistema Compensatorio

- Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente
- Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su Autocuidado

- Apoya y protege al Paciente.

Sistema Parcialmente Compensatorio

- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente
- Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado
- Ayuda al Paciente en lo que necesite.
- Regula la acción de Autocuidado. Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.
- Regula la acción del Autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera.

Sistema de Apoyo Educativo

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del Crecimiento, Maduración y Desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de Enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.
- Apoyo de los procesos Físicos, Psicológicos y Sociales esenciales.
- Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrollo pleno del potencial humano.
- Prevención de lesiones o enfermedades.
- Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
- Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada)

6.- Aplicación De La Metodología Según El Modelo

Toma de Información

1. Evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.

2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

Valoración

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en los déficit de autocuidado identificados.

Planificación

1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar el déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.

3. Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar el déficit de autocuidado del paciente.
5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos para el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

Ejecución

- Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
- Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
- Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
- Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
- Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes.

Evaluación

- Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
- Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
- Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
- Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.

Componentes de Poder

- La capacidad Intelectual
- El estado emocional
- El estado psicológico
- Los factores sociales
- Los factores económicos

La persona debería tener la capacidad de:

- Mantener la atención
- Controlar la posición corporal
- Estar motivado
- Razonar
- Tomar decisiones
- Adquirir conocimiento y operativizarlo
- Ordenar acciones de autocuidado para conseguir objetivos
- Realizar/integrar operaciones de autocuidado en actividades vida diaria
- Regular energía para el autocuidado
- Utilizar habilidades para realizar el autocuidado
- El estado fisiológico

EL PSICOLOGO EN LA SALUD MENTAL

1. Definición

Harrsch (2005), define al psicólogo como la persona implícita en un proceso de adquisición constante de conocimientos teóricos sobre la conducta humana individual y social que a partir de los conocimientos afectivos-cognitivos y su interacción con el entorno es un promotor del desarrollo humano consciente de su responsabilidad ética para consigo mismo y la sociedad.

Las funciones profesionales del psicólogo son detectar, evaluar, planear, investigar e intervenir, tanto en la prevención y en la orientación como en la rehabilitación los problemas relacionados con la conducta humana.

Trull y Phares (2003), explica que un psicólogo clínico es el encargado de la evaluación y el diagnóstico, la intervención o tratamiento, la investigación y aplicación de los principios éticos profesionales para la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Además el psicólogo clínico se distingue por la experticia en el área de la personalidad, las patologías y la integración de la teoría y la práctica psicológica.

Es casi imposible definir el papel del psicólogo desde una perspectiva patológica pues la cantidad de patologías es tan extensa y diversa pues entre ellas entra la depresión, ansiedad, psicosis, trastornos de personalidad, daños cerebrales, adicciones, problemas de aprendizaje, problemas de adaptación social hasta problemas de disfunción sexual, por nombrar únicamente algunos. Además también se encuentran los pacientes que reciben psicoterapia para entenderse mejor y no por que existan síntomas que generen disfuncionalidad en la vida.

El psicólogo clínico es entonces el profesional dedicado a entender o tratar individuos afectados por una variedad de dificultades emocionales, conductuales, cognitivas. También pueden participar en diversas actividades como la psicoterapia, diagnósticos, enseñanza, supervisión, investigación, consultas y administración.

Coon (2005), expone que los psicólogos son personas conocedoras de los métodos, conocimientos de hechos y teorías del campo de la psicología; también

investigan, enseñan, aplican pruebas psicológicas o trabajan como consultores de empresas y en los últimos años ha crecido el campo de trabajo dentro de la industria hasta la milicia.

Los psicólogos clínicos se encargan del tratamiento de problemas psíquicos o realizan investigaciones sobre terapias y trastornos mentales, asimismo los psicólogos que se dedican a la consejería trabajan con problemas menos serios como la adaptación de individuos a nuevos trabajos o en la escuela pero lo más común son los terapeutas psicológicos.

Existe más preferencia sobre la actividad clínica en psicología pues el centro de las actividades profesionales se centran en el tratamiento, diagnóstico y etiología de la conducta anormal, pues en su mayoría son orientadores enfocados en los problemas de ajustes que toda persona afronta en la vida cotidiana como el resolver problemas maritales, miedos o problemas de adaptación a un nuevo lugar de trabajo, la aplicación de técnicas terapéuticas para la mejora de la calidad de vida de las personas y toma en cuenta las diferencias sexuales, los medios sociales y los rasgos de aprendizaje en el mejoramiento de la conducta del paciente.

Un psicólogo es entonces un profesional de la psicología que se encarga del estudio de la conducta del hombre normal o patológica y dedicado también al tratamiento de individuos o grupos con conflictos emocionales o conductuales, el psicólogo se ve limitado por la biología y la sociología, pero contribuye al desarrollo de otras ciencias como la pedagogía y todas las psicologías aplicadas.

Walker (2003), manifiesta que un psicólogo clínico es la persona que tiene una licenciatura en psicología y se ha especializado en el área de psicopatología, la evaluación de los diagnósticos, el tratamiento de personas con trastornos emocionales y áreas relacionadas. Este profesional exige según algunos países hasta diez años de formación académica que incluya una especialización en psicología antes de graduarse además de muchas horas en formación y experiencia práctica. En sus inicios el psicólogo trabaja en lugares como hospitales y clínicas bajo la supervisión de psicólogos más experimentados, posterior a todo el proceso de formación el psicólogo puede colegiarse y ofrecer

servicios al público de manera independiente. El psicólogo clínico está capacitado para diagnosticar y tratar problemas emocionales.

Harrsch (2005), explica que un psicólogo clínico es el profesional que identifica, clasifica y analiza los problemas en el área de la salud mental. Como atribuciones más importantes tiene el psicodiagnóstico, pues es de suma importancia para generar una intervención psicología adecuada al trastorno o conflicto que presente el paciente. También es importante pueda crear un diagnóstico diferencial como por ejemplo, algunos síntomas de agresión pueden ser causados por un daño cerebral o por una respuesta a sentimientos de frustración.

La psicoterapia es de mucha responsabilidad para el psicólogo puesto que al tener intervenciones clínicas el trabajo requiere de una formación especializada en psicoterapia, esta proviene de la corriente psicológica en la que genera más identificación como el psicoanálisis, conductista, humanista, entre otras.

Otra función del psicólogo clínico es el evaluar las diferentes las necesidades de los grupos sociales y así poder elaborar programas que puedan prevenir o solucionar las deficiencias concernientes a la salud mental de un grupo específico y para ello es necesario desarrolle estudios de personalidad en niños, adolescentes y adultos así como el diagnóstico de las patologías presentadas con más frecuencia dentro de determinado grupo social.

2. Identidad del psicólogo

Harrsch (2005), cita a Erickson quien explica que la identidad es la sensación subjetiva de mismidad y continuidad y esta expresa la relación que posee un individuo y el grupo social al que pertenece con la función de compartir características de dicha mismidad con el grupo al que pertenece y el desarrollo de ella corresponde a la formación del yo, a esto se le denomina la identidad del Yo.

El desarrollo de la identidad supone un proceso de ubicación en el interior del individuo y parte del grupo social, en este proceso se construye la identidad de ambos, el individuo y la sociedad. En la formación del psicólogo se crea el

sentido de ubicación interior en el estudiante y es reconocido por la sociedad quien a la vez construye un sentido de identidad para el reconocimiento.

Este proceso que genera el sentido de identidad se guía por medio de la reflexión y observación en el que el individuo se juzga a sí mismo por medio de lo que los demás juzgan de él, comparando ambos criterios junto con lo que la sociedad espera de él, tomando como referente identidades de personas significativas para él.

Por ello el psicólogo desarrolla un proceso de identificación al entrar en contacto con los colegas, maestros y compañeros de quienes recibe la influencia y referente de cómo es un psicólogo para compararse con los demás psicólogos y sobre todo con los más significativos para él. Dicho proceso en mayor parte es inconsciente exceptuando la combinación de situaciones interiores y circunstanciales exteriores que conforman una experiencia de formación de identidad.

En el estudiante es importante confrontar el proceso si este no se hace consciente y así hacer evidente la identidad profesional, así se evita que únicamente se acumulen conocimientos disociado en él; pues este inicia su proceso de identidad profesional al estar en contacto con sus maestros y culmina cuando es capaz de conocer una diferenciación clara de la actividad profesional aunada a una diferenciación clara con la identidad propia y la de otros psicólogos.

La identidad profesional del psicólogo no se separa de la identidad individual y la identidad del psicólogo no corresponde solo al desarrollo de la actividad profesional pues además corresponde a la construcción de un sentido de realización profesional y personal de manera integral y diferenciada esto permite que la persona pueda crear una identidad más allá del rol de la profesión.

La construcción de la identidad psicólogo como individuo partirá de los términos de la propia historia, de la historia de la profesión, institución que forma el individuo y del contexto social. Además se tiene que tomar en cuenta tres factores de formación:

- El individuo, psicólogo con historia y la formación de su yo profesional.
- La psicología con su historia como profesión dentro de un grupo social.

- Ambos en el contexto social actual identificado como el mundo profesional.

El Yo se concibe como la suma de las emociones, sentimientos, impulsos, deseos, capacidades, talentos y fantasías. Esta dinámica es identificada por el individuo como cualidades propias experimentadas en la sensación de “ese soy yo”. Sin embargo la identidad del psicólogo no es únicamente el reconocimiento de sí mismo por poseer una serie de conocimientos y experiencias profesionales de esta profesión.

La identidad del Yo como psicólogo sería la conciencia del proceso integrativo y sintético de los conocimientos y experiencias académicas y las características propias del yo individual-personal. Creando entonces un estilo de individualidad profesional en tanto que se cuenta con un común denominador de conocimientos, teoría y práctica, y la síntesis que se realice de estos depende de cada profesional en forma individual además del significado que les proporcione un contexto institucional y social y si hay congruencia entre estos significados el profesional podrá ser un ente de cambio social y de no ser así, el ejercicio podrá ser valioso pero será ajeno a la comunidad.

Esto permite exista una complementariedad entre el profesional y la sociedad, para que la práctica no sea egodistónica y se satisfagan únicamente las necesidades del profesional y no se crearía la reciprocidad que debe de existir entre la identidad grupal y la identidad personal.

3. Actividades de los psicólogos clínicos

Los psicólogos clínicos poseen varias atribuciones a desempeñar dentro de su quehacer laboral, la psicoterapia, diagnóstico, enseñanza, supervisión clínica, investigación y autoría, consulta e investigación, todas son actividades propias del psicólogo pues deben de corresponder a las necesidades de la sociedad a la que pertenecen.

- Terapia o intervención: Es una de las actividades más frecuentes del psicólogo pues atrae la mayoría de su atención y es para ella que se dedican la mayoría de los profesionales que ejercen en el campo profesional y aunque socialmente aún se tenga la idea de que el paciente se sentará en un diván y el terapeuta lo escuchara misteriosamente los procedimientos han

cambiado con el paso del tiempo y ahora la terapia ha ido evolucionado y diversificando.

- Con frecuencia la terapia implica una relación de cliente y terapeuta pero también existen terapias de pareja, familiares y grupales, el ejemplo más claro es son las personas que se reúnen cuando tienen problemas de ingesta de alcohol aunque la mayoría de integrantes de terapias grupales son mujeres y no hombres.
- Diagnóstico: Como herramienta utilizada por los psicólogos clínicos se encuentra el diagnóstico, pues permite conocer de manera específica al individuo en un área conflictiva, de manera que pueda permitir que se puedan tomar decisiones acertadas al tratamiento terapéutico que se debe ejercer.
- Para poder llegar a un diagnóstico correcto el psicólogo debe de realizar una evaluación, esta puede ser por medio de la observación, la aplicación de pruebas o diferentes tipos de entrevistas. Las evaluaciones han de ser la parte más importante del trabajo clínico tanto que es el principal elemento dentro de la identidad del psicólogo clínico.
- Enseñanza: Es muy normal que los psicólogos clínicos que poseen puestos académicos de tiempo completo o parcial dediquen tiempo significativo a los procesos de aprendizaje en el campo superior y en áreas específicas como la enseñanza de psicopatología, pruebas psicológicas, técnicas de entrevista, teorías de la personalidad y psicopatología experimental entre otras.
- Mucho del trabajo que un psicólogo realiza por parte de la enseñanza son clases de salón, pero también pueden desarrollar enseñanza de tipo individual, así como clases informales o asesorías a otros profesionales de la salud como enfermeras, trabajadores sociales, entre otros; sin embargo algunos otros imparten conferencias o talleres sobre temas diversos y relacionados con la salud o estrechamente en temas específicos de la profesión.
- clínica: Esta actividad es otra forma de enseñar, no obstante de manera característica pues supone una enseñanza individual o con grupos pequeños o en otra variedad de instituciones formales, pero siempre fuera del aula. Uno de los tipos de supervisión se refiere a la ejercida dentro de

universidades o instituciones clínicas que a menudo ocupan la mayoría del tiempo del profesional y esto los hace expertos en la aplicación de evaluaciones clínicas y terapias.

- Investigación: La psicología clínica se originó de la tradición de la investigación académica, como resultado de programas de capacitación clínica lo que obligó a que se creara un modelo de profesional científico, esto figuró que el psicólogo clínico se preparara como científico y como profesional. Esto con el fin que los psicólogos clínicos sean capaces de evaluar las investigaciones de otros y también realizar sus propias investigaciones pues con amplios conocimientos en patologías, evaluaciones y aplicación de terapias junto con el ejercicio práctico de su profesión lo coloca en la mejor posición para consumir y generar nuevos conocimientos científicos.
- La aplicación de investigaciones dentro de la psicología es muy extensa, desde conocer las causas de los trastornos mentales, la validación y elaboración de instrumentos de evaluación hasta la elaboración de técnicas terapéuticas.
- Consulta: Se refiere a poder compartir un grado de experiencia tanto a estudiantes como a colegas que tengan dudas o dificultades con algún caso terapéutico, proporcionar ayuda para un solo caso específico o proporcionar ayuda personal a un grupo de trabajadores en una sola dependencia como en los casos policiacos o de instituciones de rehabilitación, pues de esta manera se optimiza el trabajo de dichas entidades. Otro campo de consulta es en los hospitales o con médicos que puedan requerir de este tipo de apoyo profesional.

La consulta a un psicólogo clínico puede ser muy amplia desde un asunto individual, de profesional a profesional, hasta un asunto empresarial de diversas magnitudes, algunas veces puede ser para subsanar y otra con fines preventivos, sin importar la trascendencia que tenga esta es una de las tareas de creciente demanda del psicólogo clínico.

4. Retos del profesional de Psicología:

- Prepararse para dar respuesta a las demandas psicológicas de intervención en los problemas usuales y emergentes de los individuos, grupos o sistemas sociales en diversos ámbitos de la expresión social.
- Formarse en una red compleja de competencias profesionales estrechamente relacionadas con la planeación, diagnóstico, prevención, evaluación, investigación, integración y el malestar cultural.
- Cerrar la brecha entre el desempeño académico y el ejercicio profesional.
- Crear una definición clara entre de la actuación profesional en el marco de la movilidad académica mundial, para insertar al psicólogo en un campo laboral abierto.
- Redefinir los procesos de formación académica desde una concepción integral, flexible, descentralizada y con apertura.
- Fortalecer los lazos profesionales por medio de las asociaciones, colegios y grupos de psicólogos para influir constructivamente en los campos curriculares y fortalecer las prácticas profesionales guiadas al servicio y la calidad profesional.
- Apoyar el compromiso de servicio profesional en la deontología psicológica, como un canon para el comportamiento en la práctica profesional.
- Prepararse para atender dentro de grupos culturales diversos, pues el paciente es producto de una realidad multicultural por lo que una mentalidad pluricultural e incluyente del psicólogo es muy importante.

El rol profesional del psicólogo abarcan diversas dimensiones cognitivas y de comportamiento, pues tiene que dar respuesta a acontecimientos del mundo moderno como los actos de violencia, los problemas económicos y sociales, como aceptarse ideológica y comportamentalmente. En fin, el psicólogo debe de desarrollarse en un mundo complejo lleno de visiones ideológicas, sentimientos religiosos, conductas diversas, ideologías cerradas, prácticas impuestas, rationalidades estratégicas, dispositivos educativos entre otras.

La psicología es una ciencia central que toca todos los aspectos del empeño humano. Pues se relaciona con todas las facetas del comportamiento de las personas, la interacción con el entorno físico, el pensamiento y la interacción

con las nuevas ideas y a la vez con las interacciones sociales. También es relevante para otros ámbitos de la vida cotidiana como la escuela, el trabajo, el ocio, las actividades deportivas, la creatividad y el auto desarrollo. Por ello la psicología trata una rica variedad de procesos de pensamiento, de personalidad y de actividad que caracteriza el funcionamiento humano y el desarrollo en sociedad incluyendo el comportamiento problemático.

El objetivo de la psicología se divide en diversas ramas para el estudio como la psicología clínica, educativa, social, laboral, organizacional, del deporte, ambiental, entre otras y cada una tiene una especialidad y la propia especificidad que se articula con el sentido propio de la disciplina científica, académica y profesional.

Pedroza, Villalobos y Morales (2007), exponen que la profesión de la psicología requiere de conocimiento académico profesional integrado. La conjunción de estos conocimientos se alcanza cuando se reconocan sus diferencias y se logre su síntesis, pues ambos son diferentes en conocimiento académico es conceptual-aplicado y el conocimiento profesional es aplicado-práctico.

Las competencias de un psicólogo son integrales pues se centra en un aprendizaje teórico-práctico que se desdobra en teoría-aplicación, aplicación-práctica y práctica-teoría donde está implícita una lógica integral del conocimiento y de la realidad. Esto para que la integración de los procesos educativos sea un conjunto de conocimientos académicos y profesionales integrados que permitan un desempeño óptimo en los requerimientos profesionales.

5. Empatía

Poussin (2010), cita a Freud (1921), quien indica que la empatía es lo que toma la mayor parte de nuestra comprensión de lo que hay de extraño en el yo, en otras personas. Esto permite poseer una subjetividad extraña, que permite interpretar el mundo objetivo del paciente.

La empatía es entonces un estado de movimiento constante con una oscilación entre las diferencias y semejanzas, esta oscilación es la que permite tener conciencia de ser otros y así poder identificarse con el interlocutor.

6. Identificación

Para poder conocer sobre la diferenciación de la idea del yo, pues ello nos permite presentir a toda persona antes de conocerla pues puede tener una misma clase de carácter que nosotros, encontrar estos comunes denominadores puede permitir el inicio de la identificación con el paciente.

La identificación es primero una manera más original de un lazo afectivo con un objeto; segundo, se convierte en un objeto sustituto de otro libidinal por la introyección del sujeto en el yo; y tercero, puede surgir cuando se perciba.

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. Tipo /Diseño / o Método

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional comparativa, porque tiene como objetivo indagar si existe relación entre el estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado que utilizan el personal de salud mental. Así mismo, establecer si existen diferencias de acuerdo a los datos sociodemográficos. Por lo cual se ha decidido hacer una investigación de paradigma cuantitativo (Hernández, 1996).

2. Sujetos

Se desconoce la población de Psicólogos, Psiquiatras y Enfermeras que se dedican al ámbito de salud mental, porque no existe una población con estos datos específicos tanto a nivel del Colegio de psicólogos y Ministerio de Salud.

Por lo que se optó por un muestreo no probabilístico de carácter intencional. Siendo un total de 76 sujetos de estudio.

CUADRO N°8 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Datos sociodemográficos		C	%
Sexo	Femenino	51	67,1%
	masculino	25	32,9%
Total		76	100
Profesiones	Psicólogos	51	67,1%
	Psiquiatras	19	25,0'%
	Enfermeras	6	7,9%
Total		76	100%
Centro de trabajo	Goyeneche	13	20.4%
	H. Delgado E.	15	26.3%
	Seguro Social	11	10.5%
	Sesmas	18	12.8%
	Moisés Heresi	19	30.0%
Total		76	100%
Tipo de Contrato	Nombrado	20	26,3%
	Contrato	32	42,1%
	R. por honorario	24	31,6%
Total		76	100%
Años de Experiencia	1-5 años	22	26.8%
	6-10 años	29	37,2%
	11-15 años	8	13,9%
	16-21 años	15	19,5%
	22 a mas	2	2,6%
Total		76	100%

Criterios De Inclusión

- Colaboren voluntariamente
- Que sean Psicólogos, Psiquiatras y Enfermeras.
- Que tengan experiencia en el ámbito clínico (tratamiento terapéutico).

Criterios de Exclusión

- Recién hayan comenzado la práctica clínica.

3. Instrumentos y técnicas

a) Ficha sociodemográfica.

En la ficha sociodemográfica identificaremos datos importantes de los participantes, ello nos permitirá evaluar aspectos relevantes que serán tomados en cuenta en nuestra investigación, así mismo relacionar la información con las variables de investigación.

b) Estrés Traumático Secundario.

Nombre: Escala de estrés Traumático Secundario

Autores: EETS; Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004.

Adaptación: Adaptada a Chile por Guerra & Saiz, 2007.

Administración: Individual, colectiva y autoaplicable.

Usuarios: Adultos.

Duración: No presenta tiempo límite.

Significación: El Estrés Traumático Secundario está compuesta por 17 ítems que miden la frecuencia de síntomas intrusivos (ej: “hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar”), evitativos (ej: “evité personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes”) y de activación psicofisiológica (ej: “cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte”).

Base Teórica:

De acuerdo a la revisión teórica y empírica del Estrés Traumático Secundario, es posible apreciar cómo el término ha ido tomando relevancia a partir de la creciente aparición de sintomatología asociada al trastorno en diversos contextos profesionales, especialmente en aquellos que se vinculan directamente con temáticas altamente estresantes.

En la actualidad el Estrés Traumático Secundario, está contemplado dentro de los criterios para el diagnóstico del Estrés Postraumático en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM V-TR.

Ahora bien, en relación a la conceptualización del trastorno y los modelos que explican el ETS, es posible aseverar que, aunque no se han elaborado nuevas definiciones o encuadres explicativos del ETS, aún se mantienen vigentes las acepciones formuladas años atrás por algunos autores.

Los autores a los que hacemos referencia, han desarrollado modelos que explican varios de los aspectos relacionados con la naturaleza del ETS (Beaton y Murphy, 1995, Dutton y Rubinstein, 1995, Figley, 1995) como síndrome característico de los profesionales de la ayuda.

Normas de aplicación:

En la hoja de aplicación se consignaron las siguientes instrucciones: Marcar la opción que más se asemeja a usted.

Se trata de un inventario de elección múltiple con 5 alternativas.

1	Nunca
2	Raramente
3	Ocasionalmente
4	Con frecuencia
5	Con mucha frecuencia

Normas de Corrección:

Este cuestionario se valoró mediante una escala tipo Likert con 5 niveles, que va desde 1=5. Utilizaremos una plantilla dividida en tres dimensiones, la calificación se realizó sumando todos los números anotados en los recuadros de acuerdo a los ítems correspondientes a cada dimensión, esta suma es la puntuación directa. A mayor puntaje, mayor es la frecuencia de la sintomatología. Bride (2007) sugiere cuatro categorías para interpretar los resultados de la escala total: sintomatología. Además, el autor propone como puntaje de corte los 38 puntos en la escala total.

PUNTAJES	INTERPRETACION
17 y 27 puntos	Muy Baja
28 y 37 puntos	Baja
38 y 43 puntos	Moderada
44 y 48 puntos	Alta
48 puntos	Severa

Dimensiones

DIMENSIONES	ITEMS
Síntomas Intrusivos	Consta de 5 Ítems: 10, 13, 3, 6, 2.
Síntomas Evitativos	Consta de 5 Ítems: 14, 12, 17, 9, 7, 1, 5.
Síntomas de Activación	Consta de 5 Ítems: 4, 15, 11, 16, 8.

Confiabilidad:

Presenta validez de constructo y fiabilidad en su adaptación a población chilena (Guerra y Saiz, 2007). En el presente estudio, tanto la escala total como las subescalas presentaron adecuada consistencia interna (alfa de cronbach entre 0.78 y 0.92).

Validez:

Además la STSS posee normas provisorias de interpretación para profesionales chilenos (Guerra, 2005). Dichas normas están expresadas en percentiles y permiten asociar el puntaje obtenido por el profesional que responde la STSS con el obtenido por la muestra utilizada para validar la escala en Chile. Finalmente, es necesario destacar que la STSS ha demostrado ser un instrumento confiable y válido (validez convergente y discriminante) en diversas investigaciones con profesionales chilenos (Guerra y Lira, 2007; Guerra y Saiz, en prensa; Lobos y Osses, 2007).

c) Conductas de Autocuidado.

Nombre: Escala de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (EAP).

Autores: Guerra y cols. (2008)

Adaptación: Versión Chilena.

Administración: Individual, Colectiva y Autoaplicable.

Usuarios: Adultos.

Duración: No presenta tiempo límite.

Significación:

La Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos (Betta, Morales, Rodriguez & Guerra, 2008). Es una escala dirigida a cuantificar la frecuencia con que los psicólogos clínicos emiten conductas de autocuidado. Consta de 10 ítems, de los cuales 8 representan conductas de autocuidado y 2 incorporan condiciones laborales de autocuidado.

Base Teórica:

Se seleccionaron 51 documentos que incluían tres grandes temáticas: instrumentos para evaluar el autocuidado, algunos de ellos basados en la teoría de (Orem 1993), promoción de la salud en el trabajo y autocuidado.

Con respecto a los estudios relacionados con la aplicación y el uso de los principios de la teoría de Orem e instrumentos para evaluar el autocuidado, entre 2013 y 2010, varios autores colombianos diseñaron y validaron instrumentos para evaluar el autocuidado en trabajadores de la construcción, generando herramientas con escalas de valoración confiables, válidas por consistencia interna y análisis factorial, y de confiabilidad por medio del coeficiente alfa de Cronbach. Como resultado de la aplicación de estos instrumentos, se sugiere establecer programas que logren un cambio real en la actitud y el comportamiento, a fin de concientizarlos sobre la importancia de cuidar su propia salud y su vida.

Por su parte (Guerra, 2011), construyeron un instrumento que permitió medir la frecuencia de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos, con un índice aceptable de consistencia interna e índice de validez convergente, basado en la teoría de Orem.

Normas de aplicación:

En la hoja de aplicación se consignaron las siguientes instrucciones: El profesional que responde debe indicar qué tan frecuentemente emite las conductas o bien qué tan frecuentemente su ambiente laboral favorece las condiciones de autocuidado.

0	Nunca
1	Casi Nunca
2	Ocasionalmente
3	Frecuentemente
4	Muy Frecuentemente

Normas de Corrección:

La puntuación del instrumento se realiza sumando el puntaje de cada ítem (0-4 puntos), dando como resultado un puntaje entre 0 y 40 puntos. Luego los puntajes son agrupados en cuatro categorías:

PUNTAJES	INTERPRETACION
0-7	Nunca practica el autocuidado
8-15	Casi nunca practica el autocuidado.
16-23	Ocasionalmente utiliza estrategias de autocuidado.
24-31	Frecuentemente.
< 32	Muy frecuentemente.

Dimensiones

DIMENSIONES	ITEMS
Conductas de autocuidado	Consta de 8 Ítems: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9.
Condiciones de autocuidado	Consta de 2 Ítems: 3, 10.

Confiabilidad:

Para el presente estudio se cambió el concepto de “psicólogo” por “profesional de la salud mental”. El índice de consistencia interna fue $\alpha = .61$. En cuanto a sus características psicométricas, la EAP cuenta con una consistencia interna de 0,79 en prueba de Alpha de Cronbach (Guerra y cols., 2008), adecuada validez convergente (Guerra, 2011; Guerra y cols., 2011) y adecuada validez discriminante (Guerra, 2011).

Validez:

Para analizar la estructura interna de la escala se ha utilizado el análisis donde el EAP discrimina adecuadamente entre los psicólogos con distintos niveles de ETS. Específicamente, los psicólogos con “muy bajos” niveles de ETS puntuaron en promedio 28,26 ($DT= 5,58$) puntos en la EAP, los con “bajos” niveles de ETS 24,65 ($DT= 4,10$), los de niveles “moderados” 22,00 ($DT=4,72$) y los de niveles “altos o severos” de ETS obtuvieron en promedio 17,11 ($DT=5,25$) puntos en la EAP. Estas diferencias entre los cuatro grupos son estadísticamente significativas ($F= 41,137$; $p= 0,00$).

d) Validez y confiabilidad en Arequipa del estrés traumático secundario y conductas de autocuidado

- Estrés Traumático Global**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,879	17

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,762		
		N de elementos	9 ^a		
	Parte 2	Valor	,805		
		N de elementos	8 ^b		
	N total de elementos		17		
Correlación entre formularios			,787		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,881		
	Longitud desigual		,881		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,881		
a. Los elementos son: item2, item3, item6, item10, item13, item1, item5, item7, item9.					
b. Los elementos son: item9, item12, item14, item17, item4, item8, item11, item15, item16.					

Interpretación

La presente tabla nos permite analizar la confiabilidad del test en su globalidad, en la que encontramos un Alfa de Cronbach de 0.87 lo que implica que el test es confiable en su totalidad, es decir produce resultados

consistentes y coherentes. Esto implica que los ítems responden a un mismo constructo y que están correlacionados.

Encontramos que al usar la ecuación de Spearman Brown, existe homogeneidad entre la parte par de la impar, lo que implicaría que su consistencia interna al dividir el test en dos partes es consistente y existe equilibrio entre los ítems.

Por Dimensión

- **Dimensión Intrusivos**

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	N de elementos				
,746	5				
Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,671		
		N de elementos	3 ^a		
	Parte 2	Valor	,567		
		N de elementos	2 ^b		
N total de elementos			5		
Correlación entre formularios			,540		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,701		
	Longitud desigual		,708		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,685		
a. Los elementos son: item2, item3, item6.					
b. Los elementos son: item6, item10, item13.					

- **Dimensión Evitativo**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,727	7

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,587		
		N de elementos	4 ^a		
	Parte 2	Valor	,468		
		N de elementos	3 ^b		
	N total de elementos		7		
Correlación entre formularios			,636		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,777		
	Longitud desigual		,780		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,744		
a. Los elementos son: item1, item5, item7, item9.					
b. Los elementos son: item9, item12, item14, item17.					

- **Dimensión Activación**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,784	5

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,760		
		N de elementos	3 ^a		
	Parte 2	Valor	,472		
		N de elementos	2 ^b		
	N total de elementos		5		
	Correlación entre formularios		,584		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,737		
	Longitud desigual		,743		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,661		
a. Los elementos son: item4, item8, item11.					
b. Los elementos son: item11, item15, item16.					

- **Escala De Autocuidado**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,790	10

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,592		
		N de elementos	5 ^a		
	Parte 2	Valor	,668		
		N de elementos	5 ^b		
	N total de elementos		10		
Correlación entre formularios			,707		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,829		
	Longitud desigual		,829		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,823		
a. Los elementos son: item1, item2, item4, item5, item6.					
b. Los elementos son: item7, item8, item9, item3, item10.					

Interpretación

La presente tabla nos permite analizar la confiabilidad del test en su globalidad, en la que encontramos un Alfa de Cronbach de 0.79 lo que implica que el test es confiable en su totalidad, es decir produce resultados consistentes y coherentes. Esto implica que los ítems responden a un mismo constructo y que están correlacionados.

Encontramos que al usar la ecuación de Spearman Brown, existe homogeneidad entre la parte par de la impar, lo que implicaría que su

consistencia interna al dividir el test en dos partes es consistente y existe equilibrio entre los ítems.

Por Dimensiones

- **Dimensión Autocuidado**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,739	8

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,535		
		N de elementos	4 ^a		
	Parte 2	Valor	,731		
		N de elementos	4 ^b		
N total de elementos			8		
Correlación entre formularios			,450		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,621		
	Longitud desigual		,621		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,610		
a. Los elementos son: item1, item2, item4, item5.					
b. Los elementos son: item6, item7, item8, item9.					

- **Dimensión Conducta A**

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,502	2

Estadísticas de fiabilidad					
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	1,000		
		N de elementos	1 ^a		
	Parte 2	Valor	1,000		
		N de elementos	1 ^b		
	N total de elementos		2		
Correlación entre formularios			,335		
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,502		
	Longitud desigual		,502		
Coeficiente de dos mitades de Guttman			,502		
a. Los elementos son: item3					
b. Los elementos son: item10					

4. Procedimiento

La investigación que se llevara a cabo es conocida como descriptiva. Este estudio intentó recolectar información referente al estrés traumático secundario y conductas de autocuidado en personal de salud mental.

Los capítulos siguientes relatarán en detalle cómo se recolectó esta información.

La investigación que se presenta en esta tesis se llevara a cabo de acuerdo con los siguientes pasos:

1. Por medio del Colegio de Psicólogos, Colegio Médico y del Colegio de Enfermeras se evaluó la cantidad del personal de salud mental laborando en la actualidad.
2. Se obtuvo los permisos pertinentes para la aplicación de la investigación en las distintas entidades nacionales y particulares en el cual se encuentran laborando los profesionales de la salud mental
3. La última semana de julio, se recogieran los datos sociodemográficos mediante una prueba inicial, que será aplicada al personal de salud mental de la ciudad de Arequipa.
4. Posteriormente se realizara la aplicación de la escala de estrés traumático secundario y la escala de conductas de autocuidado.
5. Luego se hizo el procesamiento estadístico con la chi cuadrada y U de Mann-Whitney.
6. Finalmente se llevara a cabo el análisis de los resultados obtenidos y la comparación de los datos a partir de las variables de interés.

CAPITULO IV

RESULTADOS

En la página 71 se podrá apreciar el cuadro N° 1 que nombra la categoría total de estrés traumático secundario, en la página 72 se encuentra el cuadro N°2 que trata sobre conductas de autocuidado en personal de salud mental, en la página 73 se halla el cuadro N°3, que nos habla sobre conductas de autocuidado por ítems, en la página 74 está el cuadro N°4 que trata sobre el estrés traumático secundario por ítems, en la página 76 se podrá observar el cuadro N°5 donde observamos la correlación entre estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado y por ultimo encontramos en las páginas 77 y 78 los cuadros N°6 y 7 que tratan sobre la comparación de estrés traumático secundario Y datos sociodemográficos no significativos y comparación de conductas de Autocuidado y datos sociodemográficos significativos.

CUADRO N° 1

CATEGORIA TOTAL DE ESTRÉS TRAUMATICO SECUNDARIO

		FRECUENCIA	%
Muy Bajo	17-27	42	55,3
Baja	28-37	21	27,6
Moderado	38-43	11	14,5
Alta	44-48	2	2,6
Total		76	100,00

Interpretación

En el presente cuadro observamos que del 100% de la muestra, un 17.1% de la población presentan estrés traumático secundario entre los niveles moderado y alto lo que nos indica que tienen un desequilibrio significativo que puede surgir en el personal de salud mental debido a la interacción constante con el paciente y a la exposición indirecta (o secundaria) al evento traumático que éste ha vivido trayendo consigo enfermedades psicosomáticas entre otras, por otro lado encontramos que un 55,3% y un 27,6% presentan un nivel bajo y muy bajo de estrés traumático secundario, lo que nos indica que aplican conductas de autocuidado tanto en el ámbito laboral y personal.

CUADRO N° 2

CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO EN PERSONAL DE SALUD MENTAL

		FRECUENCIA	%
Casi Nunca	8-15	7	9,2
Ocasionalmente	16-23	34	44,7
Frecuentemente	24-31	33	43,4
Muy frecuentemente	32-40	2	2,6
Total		76	100,00

Interpretación

En el presente cuadro podemos observar que un 44,7% del personal de salud mental aplica ocasionalmente conductas de autocuidado. Esto nos indica que presentan una participación eventual en actividades recreativas, tanto en el ámbito laboral como personal, por lo que su vida social no es activa fuera del trabajo, no realiza actividad física o deporte constantemente, su vida espiritual no es activa del todo y su alimentación no es equilibrada y es a destiempo. Por otro lado hacemos referencia que las condiciones laborales no son adecuadas dentro de ello encontramos el horario, ambiente laboral, salario, cantidad de pacientes programados. Así mismo en este estudio se encontró que un 2,6 % usa muy frecuentemente conductas de autocuidado, siendo menos propensos a adquirir estrés traumático secundario o desgaste por empatía.

CUADRO N° 3
CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO POR ITEMS

PREGUNTAS	0	1	2	3	4
1 ¿Con que frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?		x			
2 ¿Con que frecuencia supervisa sus casos clínicos?			x		
3 ¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?				x	
4 ¿Con que frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de sus experiencia?				x	
5 ¿Con que frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?		x			
6 ¿Con que frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?				x	
7 ¿Con que frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?		x			
8 ¿Con que frecuencia participa en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación etc.)?		x			
9 ¿Con que frecuencia usted mantiene una sana alimentación?			x		
10 ¿Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?	x				

Interpretación

En el presente cuadro se puede apreciar que las personas evaluadas, marcaron en su mayoría las preguntas 1, 2, 5, 7, 8 y 10, lo que nos indica que el personal de salud tienen deficiencias en la participación de actividades relacionadas a otras áreas, no revisan con frecuencia sus casos clínicos debido al poco interés o al poco tiempo que tienen, realizan pocas actividades con sus compañeros alejándose en algún momento, no practican constantemente algún tipo de deporte, y esto nos da a entender que se debe mejorar estas áreas para así poder tener óptimas conductas de autocuidado y poder estar preparado para atender a sus pacientes sin ningún problema.

CUADRO N°4
ESTRÉS TRAUMATICO SECUNDARIO POR ITEMS

PREGUNTAS		1	2	3	4	5
1	Me sentí incapaz de experimentar emociones.		x			
2	Cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte.		x			
3	Sentí como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con las que trabajo.	x				
4	Tuve dificultades para conciliar o mantener el sueño.		x			
5	Me sentí desesperanzado/a al pensar en mi futuro.		x			
6	Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar.		x			
7	Tuve poco interés por estar con otras personas.		x			
8	Me sentí nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a.		x			
9	Estuve menos activo/a de lo habitual.		x			
10	Me sorprendí pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo.		x			
11	Tuve dificultades para concentrarme.		x			
12	Evite personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes.	x				
13	Tuve sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes.	x				
14	He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes.		x			
15	Me enoje con facilidad.		x			
16	Tuve la sensación de que algo malo va a pasar.		x			
17	Note vacíos en mi memoria.		x			

Interpretación

Como se puede apreciar en el cuadro, las preguntas que se marcaron reiteradas veces fueron 1,2,4,5,6,7,8,9,10,11,14,15,16 y 17 lo que nos indica que el personal de salud

mental han sentido en algún momento incapacidad de experimentar emociones, palpitaciones fuertes, dificultades para conciliar o mantener el sueño, recordar en su trabajo con los pacientes que le provoca malestar, poco interés por estar con otras personas, se sintieron nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a, dificultades para concentrarse, evitan el trabajo con algunos pacientes, se enojan con facilidad, notaron vacíos en su memoria, ello conlleva a ver que no practican adecuadas conductas de autocuidado para poder mitigar estos síntomas que tienen al trabajar con los pacientes en salud mental.

CUADRO N°5

CORRELACION ENTRE ESTRÉS TRAUMATICO SECUNDARIO Y CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

		ESTRÉS TRAUMATICO SECUNDARIO			
		Muy bajo 17-27	Baja 28-37	Moderado 38-43	Alto 44-48
Autocuidado	Casi Nunca 8-15			4	
	Ocasionalmente 16-23			36,4%	
	Frecuentemente 24-31	21			
	Muy frecuentemente 32-40	50,0%			
	TOTAL	42	21	11	2
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

X²= 19,041^a Gl= 9 P = 0,025

Interpretación

En el presente cuadro podemos apreciar que existe correlación estadísticamente significativa entre las variables del estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado, del cual observamos que el personal de salud mental presenta niveles “moderados” de estrés traumático secundario con un 36,4% y esto se debe a que “casi nunca” presentan conductas de autocuidado, lo que indica que no realizan actividades recreativas, no practican deporte y la alimentación no es la adecuada debido a sus horas de trabajo que tienen y esto afecta en el desempeño laboral, ya que trabajar con el sufrimiento humano conllevaría a que padezcan la sintomatología de los pacientes. Por lo tanto el personal de salud mental es vulnerable a padecer de estrés traumático secundario.

CUADRO N° 6

COMPARACION DE ESTRÉS TRAUMATICO SECUNDARIO Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS NO SIGNIFICATIVOS

CAT. Estrés Traumático Secundario	U M W	G. L.	NO SIGNIFICATIVO
	Tipo de Prueba		
Sexo	557,000	-	0,322
Cat. Centros de Trabajo	10,28	2	0,246
Cat. Por Profesión	1,421	2	0,491
Cat. Por tipo de contrato	2,284	2	0,319
Cat. Años de Experiencia.	7,843	5	0,165
Cat. Corriente Terapéutica.	3,002	2	0,391

Interpretación

En el presente cuadro, se muestra que no existe diferencias estadísticamente significativa entre el estrés traumático secundario con los datos sociodemográficos: como es el sexo, centros de trabajo, cargo que ocupan, tipo de contrato, años de experiencia y corrientes terapéuticas Lo cual implica que los datos sociodemográficos mencionados no tienen ningún tipo de impacto entre sufrir o no sufrir estrés traumático secundario debido a que son factores externos y no afectan su rendimiento dentro del ámbito laboral.

CUADRO N° 7

COMPARACION DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO Y DATOS SOCIODEMOGRAFICOS SIGNIFICATIVOS

CAT. DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO	U M W	G. L.	SIG	
	TIPO DE PRUEBA			
Cat. Centros de Trabajo	6,282	8	0,616	No significativo
Cat. Por tipo de contrato	1,372	2	0,504	No significativo
Cat. Años de Experiencia.	6,139	5	0,293	No significativo
Cat. Corriente Terapéutica.	0,967	3	0,809	No significativo
Cat. Por Sexo	465,000	2	,036	Significativo
Cat. Por Profesión	7,325	2	,026	Significativo

Interpretación

En el presente cuadro se puede apreciar que si hay diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de conductas de autocuidado con respecto al sexo, donde nos muestra que el género femenino presenta menores frecuencias en el uso de conductas de autocuidado por lo que están más propensas a adquirir estrés traumático secundario o desgaste por empatía, así como otro tipo de enfermedades psicosomáticas y esto se debe a que cumple varios roles en la actualidad, su profesión, ser madre, esposa, hija y hermana. A diferencia de los hombres quienes realizan actividades más individuales y esto conlleva a que tenga menos carga para poder desempeñarse sin ningún problema en el trabajo.

Po otro lado podemos encontrar que hay datos estadísticamente significativos entre las conductas de autocuidado con el tipo de profesión. Esto nos indica que los psiquiatras y las enfermeras no presentan adecuadas conductas de autocuidado, debido a los horarios rotativos que llevan (mañana, tarde y guardias), así como la interacción constante con

los pacientes y esto conllevaría a que adquieran síntomas referidos al estrés traumático secundario o que presenten alguna otra enfermedad psicosomática. Por otro lado los psicólogos presentan un mayor nivel de conductas de autocuidado, ello implica que los psicólogos practican con mayor frecuencia actividades (deportivas, recreativas, alimentación adecuada y establecen horarios para poder descansar) así como la auto aplicación de conocimientos psicoterapéuticos y mecanismos de defensa que le ayudan a mantener una salud física y mental.

DISCUSIÓN

La Salud es muy importante para llevar una calidad de vida óptima, teniendo en cuenta que salud no solo es el bienestar físico si no también el bienestar mental y social que implican un mayor riesgo a adquirir en la sociedad actual, debido a múltiples riesgos a que está expuesta la persona. En la actualidad nos encontramos inmersos en una sociedad cambiante dinámica y particularmente estresante, por lo que la población en general llega a adquirir múltiples enfermedades psicosomáticas, es allí donde el profesional de salud mental está inmerso teniendo la labor de brindarles una atención óptima para que la persona pueda tener una mejor calidad vida, para lo cual el profesional debe estar preparado tanto física y psicológicamente para poder atender eficientemente a sus pacientes. Sin embargo el estar constantemente expuestos a la labor con el sufrimiento humano puede llevar a que el personal de salud mental adquiera estrés traumático secundario o desgaste por empatía, es decir ello se produce cuando el profesional es influenciado secundariamente por las respuestas del estrés de su paciente, (Valent, 1995). Frente a lo expuesto anteriormente es que nos damos cuenta de la importancia de practicar las conductas de autocuidado como medida de ayuda y prevención de los diversos riesgos que están expuestos los profesionales de salud mental, ello implica detenerse a recibir ayuda y reconocer que también necesitan de un autocuidado y cuidado de parte de la institución donde laboran. (Orem, 1993)

A lo largo de la presente investigación hemos manifestado nuestro especial interés por conocer el nivel de estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado en el personal de salud mental de la ciudad de Arequipa, así mismo determinar la correlación entre el estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado en el personal de salud mental y comparar los niveles de estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado según sus datos sociodemográficos más relevantes. A la vez nos permite tener el control de las variables sociodemográficas como es el sexo, centro de trabajo, cargo, tipo de contrato, años de experiencia y la corriente terapéutica que siguen. Esto se debe a que consideramos que las variables mencionadas influyen en el desempeño laboral del personal de salud mental.

Los resultados obtenidos constituyen la participación de 76 profesionales entre ellos psicólogos (psicoterapeutas), psiquiatras y enfermeras que se encuentran laborando en el área de salud mental en nuestra ciudad.

En la primera fase se determinó la correlación del estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado, donde encontramos que existe correlación estadísticamente significativa entre el estrés traumático secundario y conductas de autocuidado, esto nos indica que a mayor frecuencia de conductas de autocuidado existen menores niveles de estrés traumático secundario. Lo que indica que al realizar actividades como de recreación con los compañeros de trabajo, familia y amigos, así como practicar deporte y actividades de crecimiento espiritual, alimentarse sanamente y trabajar en un espacio físico adecuado, ayudan a que el profesional de salud mental no presente estrés traumático secundario. Estos resultados son coherentes con los hallazgos por otros investigadores en Chile por Betta, Morales, Rodríguez y Guerra (2007) donde nos indican que existe una correlación significativa entre las distintas estrategias de autocuidado y el desgaste laboral (específicamente estrés traumático secundario y depresión). De lo que se indica que a una mayor frecuencia de ejecución de estas prácticas de autocuidado por parte de los psicólogos clínicos se asocian a menores índices de estrés traumático secundario y depresión.

Por otro lado analizaremos los niveles globales de estrés traumático secundario en el personal de salud mental y encontramos que la población presentan estrés traumático secundario con un 17,1% entre los niveles moderado y alto lo que indica que tienen un desequilibrio significativo debido a la interacción constante con el paciente y a la exposición indirecta (o secundaria) al evento traumático que éste ha vivido trayendo consigo enfermedades psicosomáticas entre otras. Estos resultados coinciden con los hallados por Guerra y Pareda Chile (2015) debido a que sus resultados muestran que existen niveles significativamente mayores en cuanto a los síntomas del estrés traumático secundario. Howord y Chopunoff (2012), explican que cuando un terapeuta se involucra demasiado con un paciente comprometen considerablemente el trabajo terapéutico pues no se convierte en nada productivo ni para el paciente ni el terapeuta que también saldrá considerablemente dañado durante el proceso, este involucramiento profesional se puede dar de varias maneras, cuando el terapeuta se identifica con la

historia del paciente o cuando él desea satisfacer por medio de su paciente necesidades personales.

En cuanto a la escala global de conductas de Autocuidado podemos observar que un 44,7% del personal de salud mental aplica ocasionalmente conductas de autocuidado. Esto nos indica que presentan una participación eventual en actividades recreativas, tanto en el ámbito laboral como personal, por lo que su vida social no es activa fuera del trabajo, no realiza actividad física o deporte constantemente, su vida espiritual no es activa del todo y su alimentación no es equilibrada y es a destiempo. Por otro lado hacemos referencia que las condiciones laborales no son adecuadas dentro de ello encontramos el horario, ambiente laboral, salario, cantidad de pacientes programados. Muchos autores resaltan la importancia de la aplicación de autocuidado es así que Tapia &Iturra, (1996) a firma que en cualquier período de tiempo de trabajo se puede alcanzar un autocuidado muy alto, pero esto dependerá de las estrategias de autocuidado a nivel individual, nivel de equipo y nivel institucional.

En cuanto a la relación de las conductas de autocuidado y los datos sociodemográficos realizados se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de conductas de autocuidado con respecto al sexo, donde nos muestra que el género femenino presenta menores frecuencias en el uso de conductas de autocuidado por lo que están más propensas a adquirir estrés traumático secundario o desgaste por empatía, así como otro tipo de enfermedades psicosomáticas y esto se debe a que cumple varios roles en la actualidad, su profesión, ser madre, esposa, hija y hermana. A diferencia de los hombres quienes realizan actividades más individuales y esto conlleva a que tenga menos carga para poder desempeñarse sin ningún problema en el trabajo.

Por otro lado observamos que las enfermeras obtuvieron bajos niveles en conductas de autocuidado, por lo tanto esto nos indica que son vulnerables a tener estrés traumático secundario u otras enfermedades psicosomáticas debido a que están expuestas a múltiples riesgos y factores que podrían afectar seriamente su salud, que en ocasiones lo pueden manifestar con actitudes apáticas y con desintereses que terminan afectando su desempeño laboral. Revisando fuentes bibliográficas encontramos a Orem (1993) que es enfermera, creo la teoría del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, por esta razón es que nos damos con la sorpresa que las enfermeras teniendo esta teoría como base no pongan en práctica estas técnicas de

autocuidado lo cual hace que ellas tengan serios problemas tanto laborales como personales y esto afecta en todo sentido en su labor como profesional y mujer.

De los resultados analizados en los párrafos anteriores nos permiten afirmar la correlación estadísticamente significativa que existe entre el estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado en personal de salud mental así como comparar los niveles de estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado según sus datos sociodemográficos más relevantes; de esta forma es que se confirmó nuestras dos hipótesis, donde a mayor conductas de autocuidado menor estrés traumático secundario y existen diferencias en los niveles de conductas de autocuidado de acuerdo al sexo y profesión en el personal evaluado, por lo tanto estos resultados nos llevan a reflexionar sobre la importancia del uso de las conductas de autocuidado, ya que el ser humano es vulnerable y frágil de sufrir cualquier tipo de enfermedad ya sea mental o física y esto conllevaría a que tenga problemas no solamente en el trabajo sino en su hogar, a su vida personal, este estudio tiene como finalidad visibilizar la necesidad de practicar conductas de autocuidado en el personal de salud mental, debido a que no hay conocimiento respecto al tema, por otro lado también sería una responsabilidad de autocuidado exigir a las instituciones de salud que velen por el cuidado de los profesionales, como una responsabilidad social ya que de no proveer los mecanismos protectores y correctores se verían vulnerados los derechos de los pacientes a una atención de calidad (Gálvez, 2008). Para lo que se recomienda implementar la supervisión psicosocial como una intervención constante en las instituciones de ayuda humanitaria, son muy pocos los que tienen un autocuidado coincide con Olabarría y Mansilla (2007) que plantea que hay pocas demandas de atención a los equipos de trabajo por las instituciones.

Todos estos datos en su conjunto nos orientan a hacer algunas propuestas. En primer lugar, a nivel formativo, es decir, para con los estudiantes de Psicología, quienes deben recibir una sólida formación en destrezas, conocimientos y valores (Hidalgo & García, 2011), pero además en recursos para hacer frente a situaciones como es el estrés traumático secundario. Por otro lado, a nivel personal, sería conveniente que los Colegios de Psicólogos organicen talleres sobre el cómo tener y aplicar conductas de autocuidado, para así enfrentar sin problema los casos traídos por sus pacientes. Por ello, es muy importante que la legislación peruana sea más específica en cuanto a la

prevención y promoción con respecto a las conductas de autocuidado para así poder llevar un desenvolvimiento óptimo en esta área como lo es el personal de salud mental

Es importante que se siga investigando este tipo de temas relacionados a estas dos variables (estrés traumático secundario y conductas de autocuidado) pues nos revelarían datos importantes y como poder identificar lo que padece el personal de salud mental así como en otras áreas. Así mismo estamos de acuerdo en la necesidad e importancia que tiene el profesional de la salud mental, en tal sentido se manifiesta la necesidad de incluir exámenes de psicotécnico en los alumnos que ingresaran a la carrea , la implementación de asignaturas relacionadas específicamente a la salud mental y/o autocuidado en la maya curricular de formación universitaria y a nivel de su desempeño laboral en instituciones públicas o privadas crear programas preventivos promocionales para un mejor desempeño y mayor calidad vida en dichos profesionales ya que más que una propuesta es un derecho.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** En cuanto a la categoría global del estrés traumático secundario con un 17.1% se obtuvo niveles moderado y alto lo que nos indica que tienen un desequilibrio significativo que puede surgir en el personal de salud mental debido a la interacción constante con el paciente y a la exposición indirecta (o secundaria) al evento traumático que éste ha vivido trayendo consigo enfermedades psicosomáticas entre otras.
- SEGUNDA:** En cuanto a las conductas de autocuidado podemos observar que el personal de salud mental con un 44,7% tiene una participación eventual en actividades recreativas, tanto en el ámbito laboral como personal, por lo que su vida social no es activa fuera del trabajo, no realiza actividad física o deporte constantemente, su vida espiritual no es activa del todo y su alimentación no es equilibrada y es a destiempo. Por otro lado hacemos referencia que las condiciones laborales no son adecuadas dentro de ello encontramos el horario, ambiente laboral, salario, cantidad de pacientes programados.
- TERCERA:** En cuanto a las conductas de autocuidado se pudo apreciar que el personal de salud mental tienen deficiencias en la participación de actividades relacionadas a otras áreas, no revisan con frecuencia sus casos clínicos debido al poco interés o al poco tiempo que tienen, realizan pocas actividades con sus compañeros alejándose en algún momento, no practican constantemente algún tipo de deporte, y esto nos da a entender que se debe mejorar estas áreas para así poder tener óptimas conductas de autocuidado y poder estar preparado para atender a sus pacientes sin ningún problema.

- CUARTA** En cuanto al estrés traumático secundario se pudo ver que el personal de salud mental han sentido en algún momento incapacidad de experimentar emociones, palpitaciones fuertes, dificultades para conciliar o mantener el sueño, recordar en su trabajo con los pacientes que le provoca malestar, poco interés por estar con otras personas, se sintieron nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a, dificultades para concentrarse, evitan el trabajo con algunos pacientes, se enojan con facilidad, notaron vacíos en su memoria, ello conlleva a ver que no practican adecuadas conductas de autocuidado para poder mitigar estos síntomas que tienen al trabajar con los pacientes en salud mental.
- QUINTA** Se logró demostrar que hay una correlación estadísticamente significativa entre las variables del estrés traumático secundario y las conductas de autocuidado, del cual observamos que el personal de salud mental presenta niveles “moderados” de estrés traumático secundario con un 36,4% y esto se debe a que “casi nunca” conductas de autocuidado, lo que indica que no realizan actividades recreativas, no practican deporte y la alimentación no es la adecuada debido a sus horas de trabajo que tienen y esto afecta en el desempeño laboral, ya que trabajar con el sufrimiento humano conllevaría a que padecan la sintomatología de los pacientes. Por lo tanto el personal de salud mental es vulnerable a padecer de estrés traumático secundario.
- SEXTA:** En cuanto a las conductas de autocuidado relacionados al sexo, prevalece que el género femenino, presenta menores frecuencias en el uso de conductas de autocuidado por lo que están más propensas a adquirir estrés traumático secundario o desgaste por empatía, así como otro tipo de enfermedades psicosomáticas y esto se debe a que cumple varios roles en la actualidad, su profesión, ser madre, esposa, hija y hermana. A diferencia de los hombres quienes realizan actividades

más individuales y esto conlleva a que tenga menos carga para poder desempeñarse sin ningún problema en el trabajo.

SEPTIMA: Por otro lado podemos encontrar que hay datos estadísticamente significativos entre las conductas de autocuidado con el tipo de profesión., ello nos indica que las enfermeras no presentan adecuadas conductas de autocuidado, debido a los horarios rotativos que llevan (mañana, tarde y guardias), así como la interacción constante con los pacientes y esto conllevaría a que adquieran síntomas referidos al estrés traumático secundario o que presenten alguna otra enfermedad psicosomática.

OCTAVA Con los resultados obtenidos se comprobó las dos hipótesis del cual nos indica que a mayor conductas de autocuidado menor estrés traumático secundario y existen diferencias en los niveles de conductas de autocuidado de acuerdo al sexo y profesión en el personal evaluado.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Se recomienda dar información al personal de salud mental sobre el tema de estrés traumático secundario o desgaste por empatía, para así prevenir las consecuencias que esta traería tanto a su vida personal como laboral.
- SEGUNDA:** Brindar asesoría y apoyo al personal de la salud mental en temas referentes a las conductas de autocuidado para así poder ayudar satisfactoriamente a sus pacientes y desenvolverse sin ningún contratiempo personal como grupal.
- TERCERA:** Se aconseja a los centros hospitalarios tanto estatales y particulares elaborar programas que ayuden a desarrollar las conductas de autocuidado en el personal de salud mental así como en otras áreas.
- CUARTA:** Dar mayor información no solo en el Colegio de Psicólogos, Colegio de Médicos y Colegio de Enfermeras, sino en las universidades o centro de formación para así fortalecer las conductas de autocuidado de sus profesionales, así mismo cada institución particular y privada deberá incluir programas de desarrollo y fortalecimiento en conductas de autocuidado.

REFERENCIAS

- Arango, Y., (2007). *Manual de Autocuidado con énfasis en Equidad de Género*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública, Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente.
- Ayuso Baptista F y Ruiz Madruga, M. (2010). Planes de emergencia y dispositivos de riesgo previsible. En Ruiz Madruga M, Ayuso Batista F.proyecto EMERGE. Tecnicos en emergencias sanitarias. Madrid: ARÁN ediciones S.L.; 2010.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (4^a edición). Washington, DC: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Washington, DC: Masson
- Beaton, R.D. & Murphy, S.A. (1993). Sources of occupational stress among firefighters/EMT's and firefighter/paramedics and correlations with job-related outcomes. *Prehospital and Disaster Medicine*, 8, 140-150.
- Betta O. Morales M. Rodríguez U. y Guerra V. (2007). La frecuencia de emisión de conductas de autocuidado y su relación con los niveles de estrés traumático secundario y de depresión en psicólogos clínicos [En línea] < <http://www.redalyc.org/pdf/801/80103902.pdf> >.
- Beck Tatano, C. y Gable, R. k. (2012). A Mixed methods Study of Secondary traumatic Stress in Labor and Delivery Nurses, 41(6), 744-760. Doi : 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B. y Figley, C. R.. (2004). Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.

- Bride, B. E. (2007). S. Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52(1), 63-70. doi: 10.1093/sw/52.1.63.
- B. Rondón (2006) salud mental: un problema de salud pública en el Perú. [En línea] <<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n4/a01v23n4.pdf>>.
- Colliere MF. Promover la vida Madrid: Interamericana; 1993:385.
- Concha A. (2013). Estudio comparativo sobre la frecuencia de uso de estrategias de autocuidado en psicoterapeutas novatos y experimentados. [En línea] <<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131091/estudio%20comparativo%20sobre%20la%20frecuencia%20de%20uso%20de%20estrategias%20de%20autocuidado%20en%20psicoterapeutas%20n.pdf?sequence=1>>.
- Coon, D. (2005). Fundamentos de psicología. (10ma. ed.). Editores Thomson. México. Cléries,
- Durán G. Dussán L. Gutiérrez R. y Zúñiga A. (2014) Relación entre agencia de autocuidado y ausentismo en trabajadores del sector de la construcción en una empresa de Bogotá, Colombia. [En línea] <<http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/15536/1/DuranGallegoPaulaAndrea2014.pdf>>.
- Feito, L.. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(Supl. 3), 07-22. Recuperado en 13 de enero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113766272007000600002&lng=es&tlang=es.
- Federico M. (2014) Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental. [En línea] <<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/4458/1/Federico%20Montero.pdf>>

- Ferrater J. Diccionario de Filosofía. 2a Edición. Barcelona: Ariel; 2009.
- Figley, C. R. (2002). Treating compassion fatigue. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Foucault M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí. México: Siglo XXI; 1987:38-68.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 1-20). Nueva York: Brunner/Mazel, Publishers.
- Follette V.M.; Polusny, M.M. & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. Professional psychology: Research and practice, 25(3), 275-282.
- García A. Freire M. (2010). Violencia contra la mujer en la pareja. 1ra. ed. R.B. Servicios editoriales. S.L. México.
- Galimberti, U. (2002). Diccionario de psicología. 1ra. ed. Siglo veintiuno editores S.A. México.
- González, M. Lacasta, M. Ordóñez, A. (2008). El síndrome de agotamiento profesional. Editora Médica Panamericana S. A. España.
- Dominguez Gomez, E., Rutledge, D. (2009). Journal of Emergency Nursing. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Emergency Nurses, 35(3):199-204. doi: 10.1016/j.jen.2008.05.003.
- Greben, S.E. (1975). Some difficulties and satisfactions inherent in the practice of psychoanalysis. Int. Journal Psycho- Analysis, 56(4), 427-433.

- Guy, James D. (2009). La vida personal del psicoterapeuta. Ediciones Paidos Ibérica S.A. Barcelona, España.
- Guy, J.D. y Liaboe, G.P. (1986). The impact of conducting psychotherapy on psychotherapists interpersonal functioning. *Profesional psychology: research and practice*, 7(2), 111-114.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación Preliminar de la Escala de Conductas de Autocuidado para Psicólogos Clínicos. *Psykhe*. 17 (2), 67-78.
- Guerra y Pereda (2015). Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio [En línea] < <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/14265/17522> >.
- Quinal, L., Harford, S., Rutledge D.N., (2009). National Center for Biotechnology Information. Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff, *Cancer Nursing*, 32(4), 1-7 doi: 10.1097/NCC.0b013e31819ca65a.
- Harrsch, C. (2005). (2005). Identidad del psicólogo. (4ta. ed.). Editorial Pearson Educación. México.
- Hernández, A. y Tello, N. (2013). *¿Qué significa el autocuidado para las defensoras de derechos humanos?* México: Iniciativa Mesoamericana de Mujeres Defensoras de Derechos Humanos.
- Hidalgo, N. y Moreira, E. (2000). Autocuidado, Trastorno Psicológico y Rotación de Equipos de Salud Mental. Santiago: Departamento de Psicología, Universidad de Chile.

- IESM. OMS. (2008) Salud Mental del Subsector Ministerio de Salud del Perú [En línea]<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/09_saludmental_minsa2008.pdf>.
- Jarne, A. Talrn, A. Armayones, M. Horta, E. Requena, E. (2006). Psicopatología. EditorialU O C. México.
- Joison, C. (1992). Coping whint compasión fatigue. Nursing, 22(4),116-22. Journal of traumatic Stress, 17, 11-21.
- Kottler, J.(1992). Compassionate therapy: working whith difficult clients. San Francisco: Jossey-Bass.
- Faver, B. (1985) y Heifeltz, L.J. (1982). The process and dimensions of buernout in psychotherapist. Professional psychology: research and Practice, 13(2), 293-301.
- Lorente, F. (2008). Asistencia psicológica a víctimas. Aran Ediciones S.L. España.
- Luna P. y Rojas H. (2014) Estrés traumático secundario, depresión y ansiedad en trabajadores profesionales y no profesionales de un centro de salud de mediana complejidad de la región del Maule. [En línea]<<http://dspace.utalca.cl:8888/psicologia/69150.pdf>>.
- Porto Martins PC, Trevisani MF, Amorim C. Burnout em clinical psychologists. In: Anais da XXXV Reniao Annual da Sociedade Brasileira de Psychology, 2005b, Brazil.
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1982): “Burnout in health professions: A social psychological analysis”, en SANDERS, G. y SULS, J. (Eds.). Social psychology of health and illness. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1981): MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

- MASLACH, C. y JACKSON, S.E. (1986): The Maslach Burnout Inventory. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987)
- McCann, I.L,& Pearlman, L.A.(1992). Constructivist self-development theory: A theoretical model of psychological adaptation to severe trauma. In D. K. Sakheim & S.E. Devine (Eds.) Out of darkness: Exploring satanism and ritual abuse (pp. 185-206) New York: Lexington.
- Meda, R.; Moreno, B.; Palomera, A.; Arias, E y Vargas, R. (2012). La Evaluación del Estrés Traumático Secundario. Estudio Comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 31-41.
- Morales, G., Pérez, J., y Menares, M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 9-25.
- Moreno, R. Peñacoba, C. González, J. y Arroyo J. (2003). Intervención psicología en situaciones de crisis y emergencia. Universidad Rey Juan Carlos. Edita. España.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M. E., Rodríguez, R., & Losada, M. M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22 (1), 69-76. Disponible en: <http://teps.cl/2004/el-estres-traumatico-secundario-evaluacion-prevencion-e-intervencion>.
- Morgan, M. (2005). Guía de autocuidado para los prestadores y prestadoras de servicios de salud en relación con la violencia intrafamiliar (2ed.). Panamá: Organización Panamericana de la salud.
- Millon L. (2014) Autocuidado como respuesta al Estrés Traumático Secundario: Estudio desde el marco de la Mediación Familiar. [En línea] <

<http://sitios.uvm.cl/revistapsicologia/revistadetalle.php/7/43/contenido/autocuidado-como-respuesta-al-estres-traumatico-secundario-estudio-desde-el-marco-de-la-mediacion-familiar>.

- Navarro, R. (2007). Como resolver tus problemas emocionales sin acudir a un terapeuta. 1ra. ed. Editorial Pax México. México.
- Oblitas, L. (2009). Psicología de la salud y calidad de vida. (3ra. ed.) CengageLearnig: edita. México.
- Ortiz P. (2014) Conductas y condiciones de autocuidado en salud mental de los defensores y las defensoras de derechos humanos de la niñez y la adolescencia. [En línea] < <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/67/Ortiz-Karin.pdf>>.
- Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2000.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson -Salvat Enfermería.
- Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapist with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pearlman, L. A. y Mckay, L. (2008). Headington-institute. Estrés traumático secundario, [en linea] http://www.headington-institute.org/files/vicarious-trauma-handout-in-latin-american-spanish_86567.pdf
- Perea O. Autocuidado en profesionales de la salud: estudio monográfico (tesis). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.

- Poussin, G. (2010). La entrevista clínica. (2da. ed.) Editora Limusa. México. Redondo,
- Remer, R., & Elliott, J.E. (1988a). Characteristics of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 373-387.
- Richardson, J. I. (2001). Guidebook on vicarious trauma: Recommended solutions for anti-violence workers. Ottawa, ON: Health Canada.
- Rosetree, R. (2009). El poder de la empatía. 1ra. ed. Editorial Sirio S.A. España.
- Stamm, B.H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2).
- Stamm, B.H. (1999). Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Baltimore: The Sidran Press.
- Stamm, B.H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. En C. R. Figley (ed.). Treating compassion fatigue.
- Stassen, K. (2007). Psicología del desarrollo infancia y adolescencia. (7ma. ed.). Editorial Médica Panamericana. España.
- Trull, T. Phares, J. (2003). Psicología clínica. (6ta. ed.). Editorial Thomson. México. Vanderlinden, J.
- Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. [en línea] 2010 [citado 2011 May30]. Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.
- Valent, P(1995). Survival Strategies: A framework for understanding secundary traumatic stress and coping in helpers. In Figley C. R. (Ed) Compassion fatigue Secundary Traumatic stress disorder in helpers (pp. 21-50) New York: Brunner/Mazel.

- Vanderlinden, J. Vandereycken, W. (2002). Trauma, disociación y descontrol de los impulsos en los trastornos alimenticios. (4ta. ed.). Ediciones Granica, S.A. México.
- Varma, V. P. (1997). Stress in psychotherapists. Londres e N. York, Routledge.
- Walsh, D. (2010). Medicina Paliativa. 1ra. ed. Premiu Edition.España.
- Walker, E. (2003). Aprenda a relajarse, las técnicas y ejercicios más eficaces para la Relajación física y mental. 1ra. ed. Amat editorial. España
- Werner I. (2010) Percepción del Burnout y Autocuidado en Psicólogos Clínicos Infantojuveniles que trabajan en Salud Pública en Santiago de Chile. [En línea]. <http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-werner_d/pdfAmont/cs-werner_d.pdf>
- Zurro AM, Badía JG y Subías LP.: Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. 3^a. ed. Madrid: Mosby/Doyma libros. 1994:291-297. <https://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>
- Will JR, El, A. (1979). Comments on the profesional life of the psychoterapist. Contemporary Psychoanalysi, 15(4), 560-576.

ANEXOS

FICHA SOCIODEMAGRAFICA

Para comenzar complete las siguientes preguntas. Recuerda que este cuestionario es totalmente anónimo y se mantendrá bajo estricta confidencialidad.

Edad		Sexo	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M
Estado Civil:	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	
	Conviviente	<input type="checkbox"/>	Vivudo	<input type="checkbox"/>	
	Divorciado	<input type="checkbox"/>			
Nº de Hijos	(Especifique Nº)				
Religión					
Correo Electrónico					
Teléfono					
Actividades que realiza en sus ratos libres (hobbies)					
Grado Académico	Bachiller	<input type="checkbox"/>	Magister	<input type="checkbox"/>	
	Licenciado	<input type="checkbox"/>	Doctorado	<input type="checkbox"/>	
Centro de trabajo					
Remuneración promedio mensual	S./.				
Tipo de contrato	Nombrado	<input type="checkbox"/>	Recibo Honorarios	<input type="checkbox"/>	
	Contratado	<input type="checkbox"/>	Otros (especifique)		
Horario de trabajo	Tarde	<input type="checkbox"/>	(especifique)		
	Mañana	<input type="checkbox"/>	(especifique)		
Cargo (especifique)					
Antigüedad en el Cargo					
Años de experiencia en salud mental					

En los Últimos 6 meses ¿Ha sido diagnóstico de alguna enfermedad?	Si No	(Especifique)
Actualmente recibe algún tipo de tratamiento	Si No	(Especifique)
¿Cuenta con capacitaciones en el área de salud mental realizados en estos dos últimos años? (cursos, diplomados, etc.)	Si no	(Especifique)
¿Existe algún tipo de apoyo para personal de Salud Mental en su centro de trabajo?		(Especifique)
¿Recibe capacitaciones en el área por parte de su centro de trabajo?	Si No	(Especifique la frecuencia)
¿Qué corriente terapéutica es la que sigue? (Opcional)		

ENCUESTA N° 1

A continuación lea cada afirmación e indique con qué frecuencia le ha ocurrido durante los últimos meses en su centro de trabajo, marque su respuesta con una **X** en el que considera conveniente. Responda con sinceridad, no hay respuesta buena ni mala así mismo asegúrese de contestar todas las afirmaciones.

1 Nunca	2 Raramente	3 Ocasionalmente	4 Con frecuencia	5 Con mucha frecuencia
------------	----------------	---------------------	---------------------	------------------------------

	PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1	Me sentí incapaz de experimentar emociones.					
2	Cuando pensé en el trabajo con los pacientes, mi corazón comenzó a latir más fuerte.					
3	Sentí como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con las que trabajo.					
4	Tuve dificultades para conciliar o mantener el sueño.					
5	Me sentí desesperanzado/a al pensar en mi futuro.					
6	Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar.					
7	Tuve poco interés por estar con otras personas.					
8	Me sentí nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a.					
9	Estuve menos activo/a de lo habitual.					
10	Me sorprendí pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo.					
11	Tuve dificultades para concentrarme.					
12	Evite personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes.					
13	Tuve sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes.					
14	He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes.					
15	Me enoje con facilidad.					
16	Tuve la sensación de que algo malo va a pasar.					
17	Note vacíos en mi memoria.					

ENCUESTA N°2

A continuación hacemos una serie de preguntas sobre su trabajo y sobre sus actividades extra laborales. Responda todas las preguntas, marcando con una **X** la alternativa que mejor refleje su situación general en los últimos 30 días.

0 Nunca	1 Casi Nunca	2 Ocasionalmente	3 Frecuentemente	4 Muy Frecuentemente
------------	-----------------	---------------------	---------------------	----------------------------

		0	1	2	3	4
1	¿Con que frecuencia participa usted en actividades vinculadas a la psicología, pero diferentes a la psicoterapia?					
2	¿Con que frecuencia supervisa sus casos clínicos?					
3	¿Su ambiente laboral permite el uso del sentido del humor?					
4	¿Con que frecuencia usted dialoga con sus colegas acerca de sus experiencias?					
5	¿Con que frecuencia participa usted en actividades recreativas con sus compañeros de trabajo?					
6	¿Con que frecuencia participa usted en actividades recreativas fuera del trabajo (familia y/o amigos)?					
7	¿Con que frecuencia usted realiza ejercicios físicos (deporte)?					
8	¿Con que frecuencia participa en actividades de crecimiento espiritual (religión, meditación etc.)?					
9	¿Con que frecuencia usted mantiene una sana alimentación?					
10	¿Con que frecuencia usted considera que el espacio físico donde trabaja como psicoterapeuta es adecuado (cómodo, calmado y privado)?					

CASOS

CASO N°1

ANAMNESIS

I. DATOS DE AFILIACIÓN

Nombres y Apellidos	Verónica
Edad	25 años
Sexo	Mujer
Fecha de Nacimiento	26-05-1991
Lugar de Nacimiento	La Joya-Arequipa
Grado de Instrucción	Secundaria completa
Estado Civil	Soltera
Procedencia	Arequipa
Ocupación	Comerciante
Religión	Católico
Informante	La paciente
Lugar de Evaluación	Centro de salud Miraflores
Fecha de Evaluación	12,18 -08-2016
Evaluador	Apaza Chaquilla, Yolanda

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente acude al centro de salud por problemas relacionados a la gastritis, acude por primera vez a nuestro consultorio el 12 de agosto del 2016 derivada de Medicina General. Refiere que hace dos meses aproximadamente termina su relación sentimental debido a la infidelidad de su pareja, causándole sentimiento de fracaso por lo sucedido, constante nostalgia, tristeza, culpabilidad por el término de su relación, angustia falta de apetito, insomnio, asimismo, perdida de

interés y la capacidad de disfrutar sus actividades cotidianas, manteniendo la esperanza de que su pareja vuelva.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Desde hace dos años inicia relación con su ex pareja quien es cariñoso y muy atento al inicio de la relación, ella se sentía segura, protegida y amada situación que le transmitía tranquilidad, así mismo antes de iniciar la relación era una persona alegre, trabajadora, amable, apegada a su familia. A los 9 meses de relación su pareja empezó a cambiar, lo sentía más distante, la ignoraba y frecuentemente tenían discusiones debido a los celos de su pareja. Las agresiones verbales incrementaron, ella aceptaba todo debido a que lo quería demasiado, al año de relación la agredió físicamente debido a que la vio conversando con su vecino, situación que ella perdonó por que se sintió culpable por lo ocurrido, el tránscurso de la relación se tornaba más violenta, sin embargo la paciente se mantenía a su lado con la esperanza de que cambiaria, posteriormente su pareja le propone convivir para mejorar la relación, ella acepta la convivencia y decide irse a trabajar con él en una carpintería con la esperanza que la relación mejoraría. Iniciando la convivencia con su pareja a los dos años de relación pese a la oposición de la madre.

Es así que durante el tiempo de convivencia la relación no mejora y su pareja se mostraba más irritable y continuaban los maltratos físicos y psicológicos, a los 2 meses de convivencia la paciente decide terminar la relación debido a una infidelidad a lo que pareja no acepta y le promete que cambiara por lo cual la paciente decide perdonarlo. Sin embargo su pareja empieza a salir más seguido con sus amigos, empezó ingerir bebidas alcohólicas, se tornó irritable, frío, poco cariñosos y más agresivo. Al tránscurso de días su pareja se mostró inquieto y sospechoso, debido a las llamadas frecuentes que recibía, salidas constantes y pasaba mucho tiempo con su celular, aprovechó un descuido y revisó el celular de su pareja y encontró mensajes de otra mujer situación que le afectó bastante, sentía frustración y mucho rencor hacia su pareja motivo por el cual le reprochó y este aceptó su infidelidad terminado la relación en ese momento. Posteriormente regresó a la casa de su madre recibiendo reproches por su parte, sin embargo le mostró su apoyo. Al tránscurrir de los días empezó a descuidar su aspecto personal,

tenía muy baja autoestima, y se mostraba completamente desmotivada a realizar cualquier actividad.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Periodo del desarrollo

a. Etapa Prenatal:

Embarazo o Gestación: La madre tuvo un estado de salud óptimo durante su embarazo, no sufrió accidentes ni amenazas de aborto. El embarazo no fue planificado, sin embargo fue aceptado por ambos padres, así mismo la madre no acudió a sus controles. No se presentaron mayores dificultades en esta etapa.

- b. **Etapa Natal:** El parto se llevó a cabo sin complicaciones con atención hospitalaria, fue parto eutócico, nació con un peso aproximado de 3.500. kg
- c. **Etapa Pos-natal:** Hasta los 5 años presento enuresis, siendo regañada por su madre por esta situación. Durante el primer año de vida la paciente vivió con ambos padres, su alimentación y cuidado era adecuada.
- d. **Desarrollo psicomotor:** Su desarrollo psicomotor y las diferentes habilidades como Locomoción, lenguaje y control de esfínteres se desarrollaron dentro de lo adecuado.
- e. **Etapa Escolar:** Su formación la inicia a partir de la primaria a los 6 años de edad, le costó un poco adaptarse a esta nueva etapa sin embargo, la trascurrió sin problemas. A la edad de los 10 años su padre abandona el hogar, dejando con muchas necesidades afectivas y económicas en su familia, situación que la afecta en ese momento y se ve reflejado en las bajas calificaciones de su colegio, sin embargo logró culminar con normalidad sus estudios primarios. La paciente nunca tuvo una buena relación con su padre debido a que siempre fue distante, agresivo y poco cariñoso, al existir este distanciamiento entre padre e hija, la paciente se muestra muy sumisa a la autoridad paterna viviendo en constante temor debido a su conducta.
En la educación secundaria la paciente se describe como tranquila con pocas relaciones interpersonales con sus compañeros, tímida, de pocos amigos, no participaba en las actividades festivas del colegio debido a su timidez y carencias económicas, en 4to año de educación secundaria le empezó a

agradar salir a las fiestas debido a la influencia de una de sus pocas amigas al cual no acudió en muchas ocasiones por oposición de madre, la misma que le prohibía salir a fiestas y tener amigos debido al temor de que la hija salga embarazada. Creciendo con frustración, resentimiento y cierta cólera a su madre. Concluye sus estudios secundarios a los 17 años en su localidad natal la Joya sin ninguna complicación.

f. Desarrollo y Función Sexual:

La paciente mostro cambios corporales aproximadamente a los 13 años, su menarquía se presentó a los 13 años, frente al cual se sintió extraña y lo compartió con sus amigas debido a que no sentía mucha confianza con su madre.

Tuvo su primer enamorado a los 20 años, fue con él con quien tuvo su primera relación sexual, manteniendo una relación de un año, con el cual mantuvo una relación tranquila y de comunicación, termino la relación debido al alejamiento por motivos laborales. Posteriormente a los 23 años tiene su segunda relación, su pareja era una persona de carácter fuerte, muy dominante, autoritario, posesivo, el cual se mostró cariñoso y amable frente a victoria al iniciar la relación sin embargo al transcurrir del tiempo empezó a sentir indiferencia y maltratos por parte de su pareja estos inicialmente eran psicológicos como insultos, burlas de su aspecto físico entre otros, posteriormente fueron agresiones físicas debido a sus frecuentes celos, así mismo su pareja empezó a consumir bebidas alcohólicas este influenciado por sus amigos, ante esta actitud verónica asumía una conducta de sumisión, de silencio con cierta rencor que no se lo manifestaba. Frente a esta situación Verónica acepta la proposición de irse a vivir y trabajar con su pareja en una carpintería para mejorar su relación pese a la oposición de la madre. Durante la convivencia la situación no mejora ya que siguen los celos y agresiones. A los dos meses de convivencia descubre la infidelidad de su pareja, situación que se agrava debido a que su pareja termina la relación dejando muy triste y dolida.

g. Historia de la Recreación y de la vida: Cuando era niña era tímida, jugaba más en su casa con sus hermanos debido a que su madre salía a trabajar y les prohibía salir de casa, posteriormente siempre tuvo que ayudar su madre en las distintas actividades que realizaba para ganar dinero ya que siempre tuvieron carencias económicas debido a que no contaba con el apoyo del padre, actualmente realiza muy pocas actividades recreativas ya que prefiere pasar más tiempo ayudando a su mama en su negocio (venta de ropa).

h. Actividad Laboral: Apoya a su mama realizando distintos trabajos desde los 11 años aproximadamente ya que carecían de economía debido a que no contaban con el apoyo del padre. A los 15 años en el mercado vendiendo frutas con su madre, describe que este trabajo fue muy agotador y de tiempo completo (trabajo de venta desde las 6am. a las 7 pm) creció con cierto resentimiento hacia sus hermanos ya que no ayudaban a su madre siendo indiferentes ante su situación económica, al trascurrir el tiempo la paciente comenzó a tener nuevas necesidades y debido a que la madre solo le brindaba propinas decide buscar un trabajo para poseer ingresos propios y satisfacer sus necesidades.

A los 20 años trabaja en una pollería como moza, siendo un lugar que le agrado bastante por el trato recibido por sus jefes, de mucha confianza y cariño por el mismo motivo que se desempeñó por tres años, renuncio a la misma debido a que se traslada a nuestra ciudad con pretensiones de estudiar en un instituto sin embargo, esto no se dio debido a que no se encontraba convencida de que carreara estudiar.

A los años 23 años se traslada a nuestra ciudad y trabaja en un centro comercial vendiendo CD, en la cual le cuesta adaptarse dos meses aproximadamente debido a que era la primera vez que realizaba esta actividad, es tímida y sentía temor para las ventas. A los cinco meses de haber laborado decide dejar su empleo debido a los celos constantes de su pareja e irse a trabajar con él en una carpintería.

En la carpintería se dedicaba al área de ventas, en el cual se adaptó con normalidad, sin embargo realizaba trabajos fuera de la hora y más de 8 horas el cual le incomodaba sin embargo no realizaba ningún reclamo por temor a ser despedida y aceptaba con una actitud de sumisión las ordenes brindadas.

- i. **Servicio Militar:** No ha realizado servicio militar.
- j. **Religión:** Pertenece a la religión católica, y aunque no se considera un practicante activo; como por ejemplo asistir todos los domingos a misa; dice creer en Dios.
- k. **Hábitos e Influencias Nocivas o Toxicas**
- l. **Alimentación:** Actualmente la paciente manifiesta que su apetito ha disminuido considerablemente a comparación de meses anteriores donde disfrutaba y tenía mayor apetito, ello a raíz de ruptura sentimental que tuvo hace dos meses aproximadamente.
- m. Anteriormente no ha tenido dificultades en conciliar el sueño. Sin embargo hace dos meses presenta dificultades para conciliar el sueño debido a los problemas que tuvo con su pareja
- n. **Alcohol y Cigarro:** la paciente consume bebidas alcohólicas moderadamente solo en reuniones familiares o con sus amigos. No consumía cigarrillos.

V. ANTECEDENTES MÓRBIDOS PERSONALES

- a. **Enfermedades y accidentes:** Ha presentado enfermedades comunes, tales como la gripe, infecciones estomacales, en la actualidad gastritis modera sin embargo no presenta ningún antecedente patológico.
- b. **Personalidad pre mórbida:** La paciente refiere que era una persona tranquila, tímida con pocas relaciones interpersonales, creció en un ambiente muy conflictivo y de violencia generada por su padre, lo cual hizo que creciera con temor, sentimiento de tristeza y culpabilidad por no defender a su madre por los golpes recibido por su padre, carencia de afecto por su familia e

indiferencia recibida por sus hermanos, cierta represión de su madre ya que le prohibían socializar.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES.

- a. **Composición familiar:** Su familia está compuesta por su madre, sus dos hermanos de 28 y 35 años de edad, siendo la paciente la menor de la familia
- b. **Dinámica familiar:** la paciente no tuvo buena relación con su padre ya que solía maltratar a su madre y la engañaba constantemente con otras mujeres, posteriormente su padre decide abandonar su hogar, la paciente tenía 10 años, despreocupándose por completo de sus hijos, situación que la puso triste al inicio y posteriormente sentía rencor a su padre por los maltratos causados a su madre y las carencias vividas desde su abandono. La relación con su madre fue de restricción es así que la limitaba ir a actividades de agrado de la paciente, siendo muy estricta y desconfiada hacia su hija, actualmente ya presentan de una mayor comunicación, la relación con sus hermanos es fría y distante.
- c. **Condición socioeconómica.** Desde pequeña padeció de carencias económicas por lo cual tuvo que apoyar a su madre desde temprana edad, 11 años aproximadamente. La casa en la cual reside actualmente es la de su madre, contando con todos los servicios básicos. Debido que en la actualidad que se encuentra desempleada cuenta con el apoyo económico de su madre.
- d. **Antecedentes patológicos:** No presenta ningún antecedente psicopatológico.

VII. RESUMEN

La paciente nació en la Joya-Arequipa de parto Natural, sin ninguna complicación con un peso adecuado, Su formación académica la inicia a los 6

años de edad. De niña era tranquila, obediente, tímida, sentía temor hacia su padre porque tenía un carácter fuerte, dominante y agresivo maltratando constantemente a su madre frente al cual sentía un constante temor, culpabilidad y sumisión frente a la actitud paterna.

A los 10 años de edad la paciente presencia el abandono de su padre con otro compromiso, situación que la entristeció y afectó bastante debido a su ausencia, al sufrimiento de su madre y las carencias económicas que posteriormente tuvieron que pasar. Su educación secundaria la realiza en la Joya sin ninguna dificultad, y debido a las carencias económicas empieza a trabajar a los 11 años realizando distintas actividades con su madre , altermando sus estudios con su trabajo ya que el padre no se hizo responsable de ellos, asimismo, a los 16 años le agrada salir a fiestas con sus compañeras de estudio, sin embargo, en muchas ocasiones la madre le prohibía salir y tener amigos debido al temor a que su hija salga embarazada, asimismo la relación de madre hija siempre fue distante, fría y de poca comunicación al igual que los hermanos mayores de 28 y 35 años respectivamente, causándole frustración e impotencia en varias situaciones.

Terminado el colegio trabaja en una pollería por tres años, lugar donde conoce a su primer enamorado a la edad de los 20 años, iniciando su primera relación sexual, manteniendo una relación agradable con el cual terminó debido a que se distanciaron por temas laborales. A los 23 años se traslada a nuestra ciudad y trabaja vendiendo CD donde conoce a José, con el cual decide iniciar una relación, él era una persona de carácter fuerte, muy dominante, autoritario y posesivo.

El mismo que al iniciar la relación se mostró cariñoso y amable sin embargo, al transcurrir la relación empezó sentir indiferencia y maltratos por parte de su pareja estos inicialmente eran psicológicos posteriormente fueron agresiones físicas debido a sus frecuentes celos a raíz de su trabajo vendiendo CD, por lo que la paciente decidió renunciar e ir a trabajar con su pareja en una carpintería, situación que no cambio ya que su pareja empezó a consumir bebidas alcohólicas ,este influenciado por sus amigos, es en esta situación que descubre una infidelidad por parte de su pareja y pese a las evidencias encontradas en ese momento vitoria decide perdonarlo.

A los dos años de relación la paciente inicia la convivencia con José, pese a la oposición de la madre. Durante este proceso continúan los maltratos físicos y psicológicos por parte de su pareja frente a la cual la paciente mantiene una actitud de sumisión y culpabilidad por los sucesos ocurridos. Pese a los maltratos decide continuar la convivencia sin embargo descubre otra infidelidad de su pareja, al cual él responde con agresividad y decide terminar la relación hace 2 meses aproximadamente, es así que decide regresar a la casa de su madre quien la recibe nuevamente brindándole su apoyo, siendo estos dos últimos meses complicados debido a la angustia constante que presentaba , insomnio, falta de apetito, culpabilidad, acompañado de labilidad emocional y carencia de realizar sus actividades cotidianas, así mismo presentó dolores estomacales muy intensos motivo por el cual acude al centro de salud, siendo diagnosticada con gastritis moderada.

EXAMEN MENTAL

I.Datos Generales

Nombres y Apellidos	Verónica
Edad	25 años
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	26 de Mayo de 1991
Lugar de Nacimiento	La Joya-Arequipa
Grado de Instrucción	Secundaria completa
Estado Civil	Soltera
Procedencia	Arequipa
Ocupación	Comerciante
Religión	Católico
Informante	La paciente
Lugar de Evaluación	Centro de salud Miraflores
Fecha de Evaluación	12 de agosto 2016
Evaluador	Apaza Chaquilla, Yolanda

II.MOTIVO DE EVALUACIÓN

La paciente acude al centro de salud por problemas relacionados a la gastritis, acude por primera vez a nuestro consultorio el 12 de agosto del 2016 derivada de Medicina General. Refiere que hace dos meses aproximadamente termina su relación sentimental debido a la infidelidad de su pareja, causándole sentimiento de fracaso por lo sucedido, constante nostalgia, tristeza, culpabilidad por el

término de su relación, angustia falta de apetito, insomnio, asimismo, perdida de interés y la capacidad de disfrutar sus actividades cotidianas, manteniendo la esperanza de que su pareja vuelva.

III. EVALUACIÓN

1. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente de 25 años de edad, aparenta la edad referida, de estatura regular, de contextura delgada, tez trigueña, se le aprecia aseada y con adecuado arreglo personal. Tono de voz bajo, con labilidad emocional al momento de referirse a su ruptura sentimental e infidelidad de su pareja.

Mantiene un adecuado contacto visual con el examinador, lo que indica que hay voluntad para la comunicación, por momento se queda en silencio pensando en la pregunta realizada y responde con nostalgia.

Se le observó con un estado de ánimo decaído, postura encorvada y nostálgica al momento de la entrevista y en las sesiones posteriores.

2. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

2.1. Conciencia y Atención

En cuanto a la concentración, al realizar pequeñas y sencillas operaciones matemáticas la evaluada demostró capacidad para responder haciéndolo de una manera adecuada sin embargo presenta una atención disminuida, ya que en ocasiones se muestra confundida al momento de responder las preguntas sin embargo sus respuestas son coherentes.

2.2. Orientación

Se da cuenta del tiempo y el espacio en el que se encuentra, responde de una manera muy espontánea y acertada frente a preguntas muy sencillas, como por ejemplo cuál es su nombre, edad, el que día estamos y el lugar en el que se encuentra. El conocimiento que tiene acerca de sus aspectos personales evidencia una vez más el estado lúcido en el que se encuentra.

3. CURSO DEL LENGUAJE

Su lenguaje y su pronunciación son bien articulados, tono de bajo y pausado, en ocasiones entrecortadas, el contenido de sus oraciones es coherente y su conversación, su lenguaje comprensivo, así mismo comprende todas las indicaciones y órdenes dadas por el evaluador.

En cuanto al curso no se evidencia ningún trastorno, refiere sus ideas con fluidez, la sintaxis es adecuada.

4. PENSAMIENTO

Así mismo en cuanto al contenido no se aprecian ideas sobrevaloradas, tampoco otros trastornos de esta índole. La paciente presenta un nivel de análisis y abstracción adecuado. En cuanto a la formación de juicios y raciocinio se observa un adecuado razonamiento aunque presenta algunas ideas equivocas sobre su persona producto de su ruptura sentimental. Sin embargo manifiesta sentimientos de preocupación por su situación actual y posterior tratamiento de su enfermedad (gastritis) debido a que no cuenta con los recursos académicos para solventarlos.

5. PERCEPCIÓN

Es capaz de reconocer correctamente los estímulos correctos, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños y formas correctamente

6. MEMORIA

Su memoria remota es adecuada ya que manifiesta ordenadamente y acertadamente su nombre, edad, aspectos personales y familiares, así como conocimientos generales.

Su memoria reciente es óptima ya que puede y logra retener y recordar información nueva y evoca acontecimientos que se suscitaron en el momento.

7. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada, posee la suficiente capacidad para realizar operaciones aritméticas.

8. ESTADO DE ÁNIMO Y AFECTOS

Con sentimientos de nostalgia, tristeza recurrente, culpabilidad y labilidad emocional al referirse a la ruptura de la relación sentimental con su pareja debido a la infidelidad que este cometió, asimismo preocupación por la detección de su enfermedad actual (gastritis moderada) debido a que no cuenta con los recursos económicos para el posterior tratamiento

9. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

La paciente es consciente de su situación actual, presentando una disposición a luchar por sentirse mejor, motivada por su madre a su pronta recuperación.

IV. RESUMEN

Paciente de 25 años, aparenta su edad cronológica, de contextura delgada, tez trigueña, estatura mediana, presenta un adecuado aseo, hizo contacto visual, tono de voz baja, postura encorvada al momento de la entrevista.

La paciente se mantuvo colaboradora y amistosa durante la entrevista y las sesiones que se realizaron, asimismo, se pudo apreciar que se encontraba con un estado de ánimo decaído, con cierta manifestación de desgano, nostálgica, situación que fue mejorando al transcurso de las sesiones realizadas.

No se evidencia alteración en su percepción y memoria como tampoco en sus funciones intelectuales, de lenguaje coherente, Así mismo se encuentra orientado en cuanto al tiempo espacio y persona.

Su memoria remota y reciente es óptima. Con respecto a su funcionamiento intelectual podemos afirmar que posee un nivel de conocimiento acorde a su grado de instrucción. Su estado de atención se encuentra disminuido debido a su situación actual asimismo con sentimientos de preocupación debido a que no cuenta con los recursos económicos para llevar tratamiento de la gastritis que presenta, su pensamiento no muestra trastornos ni alteraciones sin embargo presenta ideas rígidas acerca de determinadas situaciones y de su persona.

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	Verónica
Edad	25 años
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	26 -05- 1991
Lugar de Nacimiento	La Joya-Arequipa
Grado de Instrucción	Secundaria completa
Estado Civil	Soltera
Procedencia	Arequipa
Ocupación	Comerciante
Religión	Católico
Informante	La paciente
Lugar de Evaluación	Centro de salud Miraflores
Fecha de Evaluación	12 de agosto 2016
Evaluador	Apaza Chaquilla, Yolanda

II. MOTIVO DE EVALUACIÓN

La paciente acude al centro de salud por problemas relacionados a la gastritis, acude por primera vez a nuestro consultorio el 12 de agosto del 2016 derivada de Medicina General. Refiere que hace dos meses aproximadamente termina su relación sentimental debido a la infidelidad de su pareja, causándole sentimiento de fracaso por lo sucedido, constante nostalgia, tristeza, culpabilidad por el término de su relación, angustia falta

de apetito, insomnio, asimismo, perdida de interés y la capacidad de disfrutar sus actividades cotidianas, manteniendo la esperanza de que su pareja vuelva..

III.OBSERVACION DE LA CONDUCTA

Paciente de 25 años, aparenta su edad cronológica, de contextura delgada, tez trigueña, estatura mediana, presenta un adecuado aseo, hizo contacto visual, tono de voz baja, postura encorvada al momento de la entrevista.

La paciente se mantuvo colaboradora y amistosa durante la entrevista y las sesiones que se realizaron, asimismo, se pudo apreciar que se encontraba con un estado de ánimo decaído, con cierta manifestación de desgano, nostálgica, situación que fue mejorando al transcurso de las sesiones realizadas.

No se evidencia alteración en su percepción y memoria como tampoco en sus funciones intelectuales, de lenguaje coherente, Así mismo se encuentra orientado en cuanto al tiempo espacio y persona. Su memoria remota y reciente es óptima. Con respecto a su funcionamiento intelectual podemos afirmar que posee un nivel de conocimiento acorde a su grado de instrucción. Su estado de atención se encuentra disminuido debido a su situación actual asimismo con sentimientos de preocupación debido a que no cuenta con los recursos económicos para llevar tratamiento de la gastritis que presenta, su pensamiento no muestra trastornos ni alteraciones sin embargo presenta ideas rígidas acerca de determinadas situaciones y de su persona.

IV.TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas utilizadas:

- Entrevista
- Observación

Los instrumentos utilizados son:

- Escala de Zung
- Iventario Multifásico De La Personalidad (MINI MULT)
- Test de la figura Humana de Karen Machover
- Escala de Adaptación de Magallanes

V. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

4.1. Escala de Zung

Según los resultados obtenidos victoria obtuvieron un puntaje de 49, en la que se identifica a la paciente en un nivel de depresión leve.

4.2. La figura humana de Karen Machover

De la evaluación proyectiva se infiere que la paciente presenta rasgos de personalidad de introversión, impulsividad, falta de confianza en sí misma y en los contactos sociales, dependencia, infantilidad, una inexacta valoración de sí misma, falta de confianza, así mismo presenta sentimientos de angustia y de dolor debido a vivencias pasadas, por el trazo denota Inhibición de sus impulsos y dificultades en su sexualidad

4.3. Inventario Multifasico De La Personalidad (MINI MULT)

- ANALISIS CUANTITATIVO

Escala de Validez	L	4	T	50
	F	3	T	50
	K	16	T	57
Escalas clínicas	D	33	T	86
	Sc	46	T	86
	Pt	43	T	79
	Dp	34	T	76

- ANALISIS CUALITATIVO

-

- Se los resultados obtenidos se observa que la inseguridad presenta un predominio y da lugar a frecuentes manifestaciones de depresión que surgen cuando la paciente experimenta la frustración de no alcanzar determinados objetivos o de no cubrir las propias expectativas. Por consiguiente, el pesimismo es una característica importante de la personalidad y esta propiciado por la intensa angustia que la paciente

siente ante la exagerada importancia que da a sus fracasos, considerándose siempre inferior y desvalorizándose.

4.4. Escala de Adaptación de Magallanes EMA

Interpretación Cualitativa.

Escalas		P.D.	P.C.	Interpretación
A.F.	A.P.	13	5	Bajo
	A.M	48	20	Bajo
A.P.	A.P.	33	20	Bajo

Interpretación cualitativa

Según los resultados obtenidos la paciente presentan bajos niveles de adaptación a su padre, ello hace referencia a la carencia de calidad de interrelación que presenta con el padre hasta la actualidad. Asimismo obtiene los mismos resultados frente a la relación con la madre.

Finalmente en la escala de adaptación personal obtiene un nivel muy bajo ello nos indica distintos problemas personales que actualmente aquejan a la evaluada, siendo estas determinadas crisis personales, muy probablemente asociada a mal auto concepto, baja asertividad y escasa autoestima, con evidentes riesgos a la ansiedad, depresión, y otros.

VI. RESUMEN

Según los resultados obtenidos Victoria presenta una deficiente dinámica familiar en la que ha estado expuesta a presenciar constantes maltratos físicos y verbales por parte de su padre frente a su madre, creciendo en un ambiente hostil y de sumisión frente a la figura paterna durante toda su infancia.

La carencia afectiva durante sus primeros años de vida por parte de su entorno más próximo influenciaron de sobremanera en el desarrollo de su auto concepto, generando la carencia de seguridad y confianza en sí misma,

afectando sus relaciones interpersonales y/o socialización con sus pares si mismo resulta ser muy vulnerable a la dependencia emocional que pueda presentar en sus relaciones interpersonales.

La conducta de prohibición y limitaciones sufrida por parte de su madre en la realización de algunas actividades de agrado, la falta de comunicación, carencia afectiva y falta de confianza de la madre y hermanos han determinado que se forme o estucture determinados rasgos de personalidad desfavorables para su conducta,

La carencia de la figura paterna hizo que se resguarde en una persona similar a los rasgos de personalidad de su padre, contribuyendo así en revivir sucesos ya vividos en su infancia, aceptando maltratos físicos y psicológicos de su pareja

Todos estos aspectos hacen una inexacta valoración de sí misma, presentando pocos refuerzos positivos o concepción de su persona afectando seriamente su autoestima y por ende su persona en general frente a los demás, llegándose a desvalorarse a sí misma

He allí que frente a las distintas circunstancias que presencio y vivió desde su infancia la llevaron a tolerar el maltrato físico y psicológico por parte de su pareja, haciéndola creer que ello era su responsabilidad y normal en una relación de pareja, con poca valoración de su autoestima y con serios problemas relacionados a su concepción como persona, aferrándose a su pareja. Haciendo que la ruptura sentimental la afectara considerablemente dejándose llevar por ideas irracionales que afectan su recuperación y afronte a su situación actual presentando desinterés por las actividades que normalmente realizaba, fatiga constante, falta de apetito, insomnio y baja autoestima.

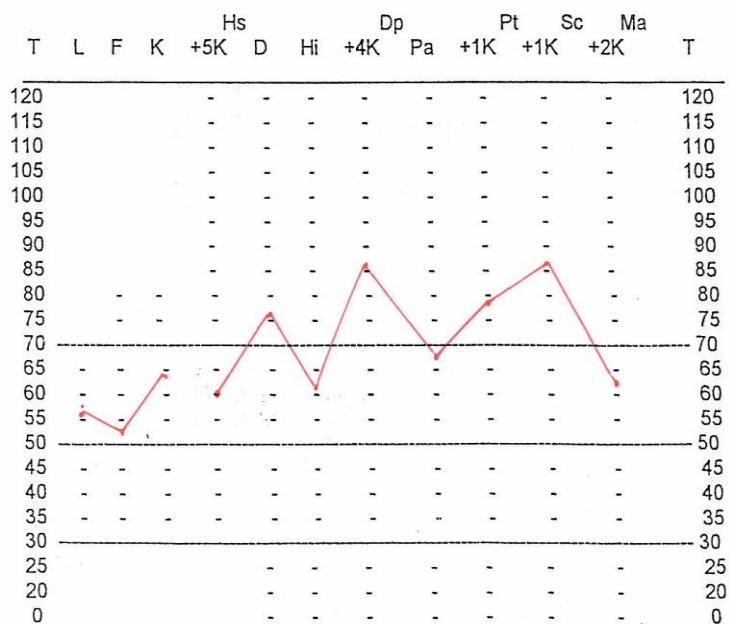
INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: Veronica
 Estado Civil: Soltera
 Ocupación: Ventas
 Edad: 25
 Grado de Instrucción: Secundaria
 Fecha de examen: 18-08-2006

1. V F	13. V F	25. V F	37. V F	49. V F	61. V F
2. V F	14. V F	26. V F	38. V F	50. V F	62. V F
3. V F	15. V F	27. V F	39. V F	51. V F	63. V F
4. V F	16. V F	28. V F	40. V F	52. V F	64. V F
5. V F	17. V F	29. V F	41. V F	53. V F	65. V F
6. V F	18. V F	30. V F	42. V F	54. V F	66. V F
7. V F	19. V F	31. V F	43. V F	55. V F	67. V F
8. V F	20. V F	32. V F	44. V F	56. V F	68. V F
9. V F	21. V F	33. V F	45. V F	57. V F	69. V F
10. V F	22. V F	34. V F	46. V F	58. V F	70. V F
11. V F	23. V F	35. V F	47. V F	59. V F	71. V F
12. V F	24. V F	36. V F	48. V F	60. V F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	2	0	9	3	11	10	10	5	9	9	6
Puntaje Equivalente	6	3	20	8	33	25	26	14	23	26	18
Añadir K				10			8		20	20	4
Puntaje Directo Corregido	6	3	20	18	33	25	34	14	43	46	22
Puntaje T	56	53	64	60	76	61	86	67	79	86	63

DIAGNÓSTICO:



Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

(60).

Verónica

25 años

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.			✗	
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.		✗		
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.			✗	
4. Tengo problemas para dormir por la noche.			✗	
5. Como la misma cantidad de siempre.	✗			
6. Todavía disfruto el sexo.	✗			
7. He notado que estoy perdiendo peso.			✗	
8. Tengo problemas de estreñimiento.	✗			
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.		✗	✗	
10. Me canso sin razón alguna.				✗
11. Mi mente está tan clara como siempre.	✗			
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	✗			
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	✗			
14. Siento esperanza en el futuro.	✗			
15. Estoy más irritable de lo normal.			✗	
16. Me es fácil tomar decisiones.			✗	
17. Siento que soy útil y me necesitan.	✗			
18. Mi vida es bastante plena.	✗			
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.			✗	
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	✗		✗	

Total 51 = Ligeramente Deprimido

Norma Veronica Gutierrez Solo y solo



Bonita

EMA – HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Nerónica Edad: 25 Sexo: M
 Año de Estudios: Secundaria Institución Educativa: Glorieta Héroes del Cenepa
 Fecha de evaluación: 12/08/16 Fecha de nacimiento: 26/05/1991
 Evaluador:

A.F.					A.E.					A.P.					
	NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES		NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES		NUNCA	POCAS VECES	CON FRECUENCIA	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
2	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
3	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
4	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
5	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
6	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
7	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
8	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
9	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
10	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
11	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
12	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
13	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
14	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
15	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
16	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
17	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
18	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
19	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
20	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
21	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
22	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
23	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
24	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
25	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
26	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
27	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
28	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
29	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
30	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
31	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
32	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
33	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
34	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
35	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
36	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
37	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
38	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
39	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				
40	<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>				

Escalas	P.D.	P.C.	Interpretación
A.F. A.P. 1 → 20	13	15	bajo
A.E. A.M. 21 → 40	48	20	bajo
A.Pr. 1 → 14	—	—	/
A.C. 15 → 25	—	—	/
A.G. 26 → 31	—	—	/
A.P. A.P. 1 → 19	83	20	bajo

INFORME PSICOLÓGICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	:Verónica
Edad	:25 años
Sexo	:Mujer
Fecha de Nacimiento	:26-04-1991
Lugar de Nacimiento	:La Joya-Arequipa
Grado de Instrucción	:Secundaria completa
Estado Civil	:Soltera
Procedencia	:Arequipa
Ocupación	:Comerciante
Religión	:Católico
Informante	:La paciente
Lugar de Evaluación	:Centro de salud Miraflores
Fecha de Evaluación	:12, 18, 22,26, 29, 2-08/09 - 2016
Evaluador	:Apaza Chaquilla, Yolanda Nelly

2. MOTIVO DE LA CONSULTA

La paciente acude al centro de salud por problemas relacionados a la gastritis, acude por primera vez a nuestro consultorio el 12 de agosto del 2016 derivada de Medicina General. Refiere que hace dos meses aproximadamente termina su relación sentimental debido a la infidelidad de su pareja, causándole sentimiento de fracaso por lo sucedido, constante nostalgia, tristeza, culpabilidad por el término de su relación, angustia falta de apetito, insomnio, asimismo, perdida de interés y la

capacidad de disfrutar sus actividades cotidianas, manteniendo la esperanza de que su pareja vuelva.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Entrevista
- Observación
- Pruebas psicológicas:
 - Escala de Zung (depresión)
 - Dibujo de la Figura Humana de Karen Machover.
 - Inventario Multifásico De La Personalidad (MINI MULT)
 - Escala de Adaptación de Magallanes (EMA)

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente nació en la Joya-Arequipa de parto Natural, sin ninguna complicación con un peso adecuado. Su formación académica la inicia a los 6 años de edad. De niña era tranquila, obediente, tímida, sentía temor hacia su padre porque tenía un carácter fuerte, dominante y agresivo maltratando constantemente a su madre frente al cual sentía un constante temor, culpabilidad y sumisión frente a la actitud paterna.

A los 10 años de edad la paciente presencia el abandono de su padre con otro compromiso, situación que la tristeció y afectó bastante debido a su ausencia, al sufrimiento de su madre y las carencias económicas que posteriormente tuvieron que pasar. Su educación secundaria la realiza en la Joya sin ninguna dificultad, y debido a las carencias económicas empieza a trabajar a los 11 años realizando distintas actividades con su madre , alternando sus estudios con su trabajo ya que el padre no se hizo responsable de ellos, asimismo, a los 16 años le agrada salir a fiestas con sus compañeras de estudio, sin embargo, en muchas ocasiones la madre le prohibía salir y tener amigos debido al temor a que su hija salga embarazada, asimismo la relación de madre hija siempre fue distante, fría y de poca comunicación al igual que los hermanos mayores de 28 y 35 años respectivamente, causándole frustración e impotencia en varias situaciones.

Terminado el colegio trabaja en una pollería por tres años, lugar donde conoce a su primer enamorado a la edad de los 20 años, iniciando su primera relación sexual, manteniendo una relación agradable con el cual termino debido a que se distanciaron por temas laborales. A los 23 años se traslada a nuestra ciudad y trabaja vendiendo CD donde conoce a José, con el cual decide iniciar una relación, él era una persona de carácter fuerte, muy dominante, autoritario y posesivo.

El mismo que al iniciar la relación se mostró cariñoso y amable sin embargo, al transcurrir la relación empezó sentir indiferencia y maltratos por parte de su pareja estos inicialmente eran psicológicos posteriormente fueron agresiones físicas debido a sus frecuentes celos a raíz de su trabajo vendiendo CD, por lo que la paciente decidió renunciar e ir a trabajar con su pareja en una carpintería, situación que no cambio ya que su pareja empezó a consumir bebidas alcohólicas ,este influenciado por sus amigos, es en esta situación que descubre una infidelidad por parte de su pareja y pese a las evidencias encontradas en ese momento vitoria decide perdonarlo.

A los dos años de relación la paciente inicia la convivencia con José, pese a la oposición de la madre. Durante este proceso continúan los maltratos físicos y psicológicos por parte de su pareja frente a la cual la paciente mantiene una actitud de sumisión y culpabilidad por los sucesos ocurridos. Pese a los maltratos decide continuar la convivencia sin embargo descubre otra infidelidad de su pareja, al cual él responde con agresividad y decide terminar la relación hace 2 meses aproximadamente, es así que decide regresar a la casa de su madre quien la recibe nuevamente brindándole su apoyo, siendo estos dos últimos meses complicados debido a la angustia constante que presentaba , insomnio, falta de apetito, culpabilidad, acompañado de labilidad emocional y carencia de realizar sus actividades cotidianas, así mismo presentó dolores estomacales muy intensos motivo por el cual acude al centro de salud, siendo diagnosticada con gastritis moderada.

5. OBSERVACIONES GENERALES DE LA CONDUCTA

Paciente de 25 años, aparenta su edad cronológica, de contextura delgada, tez trigueña, estatura mediana, presenta un adecuado aseo, hizo contacto visual, tono de voz baja, postura encorvada al momento de la entrevista.

La paciente se mantuvo colaboradora y amistosa durante la entrevista y las sesiones que se realizaron, asimismo, se pudo apreciar que se encontraba con un estado de ánimo decaído, con cierta manifestación de desgano, nostálgica, situación que fue mejorando al transcurso de las sesiones realizadas.

No se evidencia alteración en su percepción y memoria como tampoco en sus funciones intelectuales, de lenguaje coherente, Así mismo se encuentra orientado en cuanto al tiempo espacio y persona.

Su memoria remota y reciente es óptima. Con respecto a su funcionamiento intelectual podemos afirmar que posee un nivel de conocimiento acorde a su grado de instrucción. Su estado de atención se encuentra disminuido debido a su situación actual asimismo con sentimientos de preocupación debido a que no cuenta con los recursos económicos para llevar tratamiento de la gastritis que presenta, su pensamiento no muestra trastornos ni alteraciones sin embargo presenta ideas rígidas acerca de determinadas situaciones y de su persona.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Según los resultados obtenidos Victoria presenta una deficiente dinámica familiar en la que ha estado expuesta a presenciar constantes maltratos físicos y verbales por parte de su padre frente a su madre, creciendo en un ambiente hostil y de sumisión frente a la figura paterna durante toda su infancia.

La carencia afectiva durante sus primeros años de vida por parte de su entorno más próximo influenciaron de sobremanera en el desarrollo de su auto concepto, generando la carencia de seguridad y confianza en sí misma, afectando sus relaciones interpersonales y/o socialización con sus pares si mismo resulta ser muy vulnerable a la dependencia emocional que pueda presentar en sus relaciones interpersonales.

La conducta de prohibición y limitaciones sufrida por parte de su madre en la realización de algunas actividades de agrado, la falta de comunicación, carencia afectiva y falta de confianza de la madre y hermanos han determinado que se forme o estucture determinados rasgos de personalidad desfavorables para su conducta,

La carencia de la figura paterna hizo que se resguarde en una persona similar a los rasgos de personalidad de su padre, contribuyendo así en revivir sucesos ya vividos en su infancia, aceptando maltratos físicos y psicológicos de su pareja

Todos estos aspectos hacen una inexacta valoración de sí misma, presentando pocos refuerzos positivos o concepción de su persona afectando seriamente su autoestima y por ende su persona en general frente a los demás, llegándose a desvalorarse a sí misma

He allí que frente a las distintas circunstancias que presencio y vivió desde su infancia la llevaron a tolerar el maltrato físico y psicológico por parte de su pareja, haciéndola creer que ello era su responsabilidad y normal en una relación de pareja, con poca valoración de su autoestima y con serios problemas relacionados a su concepción como persona, aferrándose a su pareja. Haciendo que la ruptura sentimental la afectara considerablemente dejándose llevar por ideas irrationales que afectan su recuperación y afronte a su situación actual presentando desinterés por las actividades que normalmente realizaba, fatiga constante, falta de apetito, insomnio y baja autoestima.

7. DIAGNOSTICO

De acuerdo a las evaluaciones realizadas, la paciente estuvo expuesta a situaciones de violencia, miedo sumisión, la carencia de afecto y la falta de comunicación. Esto influencio considerablemente en el desarrollo de la personalidad, haciéndola vulnerable a re-experimentar situaciones similares a sus vivencias pasadas, aceptando determinado trato y sufriendo por la misma situación, con distintas sintomatologías como labilidad emocional, constante nostalgia, tristeza, culpabilidad, angustia falta de apetito, insomnio, asimismo, perdida de interés de disfrutar sus actividades cotidianas y considerando estos síntomas la paciente presenta actualmente depresión leve codificada en el manual CIE-10 como (F32.0).

8. PRONÓSTICO

El pronóstico es favorable, debido a que el paciente es consciente de su problemática, mostrando así una disposición de recibir ayuda, asimismo cuenta con el apoyo de su madre.

9. RECOMENDACIONES

- Se sugiere aplicar terapia de reestructuración cognitiva para sustituir ideas irracionales por ideas positivas que la beneficien en la solución de problemas y mayor afrontamiento de la vida.
- Se sugiere realice actividades de agrado para reforzar y motivar a llevar una vida más agradable retomando actividades de agrado e introduciendo nuevas actividades para sobrellevar la depresión.
- Victoria requiere mayor desarrollo en sus relaciones interpersonales es así que se sugiere un entrenamiento en Habilidades Sociales para mejorar su conducta.
- Un mayor refuerzo o planificación en cuanto a sus metas de corto, mediano y largo plazo, para lo cual se recomienda desarrollar su proyecto de vida para una mayor valoración e inversión de su tiempo.

.....
Apaza Chaquilla Yolanda
Bachiller en psicología

PLAN PSICOTERAPEUTICO

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos	:Verónica
Edad	:25 años
Sexo	:Femenino
Fecha de Nacimiento	:26-05-1991
Lugar de Nacimiento	:La Joya-Arequipa
Grado de Instrucción	:Secundaria completa
Estado Civil	:Soltera
Procedencia	:Arequipa
Ocupación	:Comerciante
Religión	:Católico
Informante	:La paciente
Lugar de Evaluación	:Centro de salud Miraflores
Fecha de Evaluación	:12, 18, 22,26, 29, 2-08/09 - 2016
Evaluador	:Apaza Chaquilla, Yolanda

2. DIAGNOSTICO

De acuerdo a las evaluaciones realizadas, la paciente estuvo expuesta a situaciones de violencia, miedo sumisión, la carencia de afecto y la falta de comunicación. Esto influencio considerablemente en el desarrollo de la personalidad, haciéndola vulnerable a re-experimentar situaciones similares a sus vivencias pasadas, aceptando determinado trato y sufriendo por la misma situación, con distintas sintomatologías como labilidad emocional, constante nostalgia, tristeza,

culpabilidad, angustia falta de apetito, insomnio, asimismo, perdida de interés de disfrutar sus actividades cotidianas y considerándola clasificación del CIE-10 la paciente presenta actualmente depresión leve.

3. OBJETIVO GENERAL

Modificar pensamientos y conductas Desadaptativas proporcionando estrategias para abordar situaciones específicas asociadas a la depresión con la finalidad de dar una mayor calidad de vida a la paciente.

3.1 objetivos específicos

- Modificar las ideas irrationales que producen emociones y conductas negativas a la paciente logrando un mejor afrontamiento y sentido de la vida.
- Identificar e implementar actividades con refuerzos positivos a la conducta de la paciente que permitan comportarse de forma saludable y equilibrada consigo misma y con su entorno.
- Desarrollar sus habilidades sociales para un mayor afronte de su situación actual
- Desarrollar actividades personales relacionadas al proyecto de vida a corto y largo plazo.

4. TÉCNICA TERAPÉUTICA A UTILIZAR

TÉCNICA	MÓDULOS	OBJETIVO	SESIONES
Reestructuración Cognitiva	MODULO I	Modificar las ideas irrationales que producen emociones y conductas negativas a la paciente logrando un mejor afrontamiento y sentido de la vida.	1, 2, 3, 4, 5
Cognitivo- Conductuales-		Identificar e implementar actividades con refuerzos	1,2,3

MODULO II	positivos a la conducta de la paciente que permitan comportarse de forma saludable y equilibrada consigo misma y con su entorno.	
MUDULO III		1,2
Habilidades Sociales	Desarrollar sus habilidades sociales para un mayor afronte de su situación actual	
MODULO IV		1,2
Proyecto de Vida	Desarrollar actividades personales relacionadas al proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo.	

MODULOS I

TECNICA DE REESTRUCTURACION COGNITIVA

PRIMERA SESIÓN	:Identificación de los pensamientos concretos y creencias
SEGUNDA SESIÓN	:Justificación de Reestructuración Cognitiva
TERCERA SESIÓN	Cuestionamiento verbal de las ideas cogniciones Desadaptativas
CUARTA SESIÓN	:Dialogo socrático
QUINTA SESIÓN	:Cuestionamiento conductual de las cogniciones Desadaptativas

Primera Sesión

Técnica a Utilizar	Reestructuración cognitiva
Objetivo	Identificar los pensamientos concretos y creencias
Materiales	Ficha de observación
Tiempo	30 min
Descripción	
Desarrollo	
<p>Enseñar al paciente a identificar sus cogniciones.</p> <p>Esta tarea se puede realizar a través del autorregistro de Ellis que incluye 3 columnas: situación, cogniciones y consecuencias de la cognición (tanto emocionales como conductuales)</p> <p>El paciente debe detectar el pensamiento e inmediatamente anotarlo en el autorregistro, llenando las 3 columnas. (anexo 1)</p> <p>Enseñándole a la paciente a prestar atención a todos sus pensamientos de tal forma podrá ser consciente de esos pensamientos que se presentan de forma automática.</p>	
Posteriormente identificaremos creencias	
<p>Para lo cual trabajaremos con la técnica de la flecha descendente.</p> <p>Ello consiste en que ante un pensamiento concreto, preguntamos a la paciente: “¿Y si este pensamiento sucediera de verdad, que pasaría? Cuando el paciente responda, se volvería a repetir la pregunta sobre esa respuesta, y se repite este proceso hasta que</p>	

el paciente es incapaz de proporcionar una nueva respuesta.

Por ejemplo:

Si hablo en público diré alguna cosa poco interesante, la gente se dará cuenta, se reirán de mí, No me tomarán en serio , Pensarán que soy tonto, Yo también pensaré que soy tonto. La Creencia sería: “si digo algo poco interesante los demás pensarán que soy tonto, lo que significa que lo soy”).

Tarea

Evaluarse el termómetro de ánimo (**anexo 2**)

Segunda Sesión

Técnica a Utilizar Justificar la Reestructuración Cognitiva

Objetivo Entender la relación de un pensamiento que existe frente a las cogniciones, las emociones y la conducta.

Materiales Ficha de observación

Tiempo 40 min

Descripción

Desarrollo

Explicaremos a la paciente que los pensamientos son construcciones de su mente, y por lo tanto son hipótesis, no hechos inamovibles, ya que otra persona podría pensar de forma distinta ante los mismos hechos y comprender que ante un mismo hecho se puede pensar de distintas formas.

Para hacerlo, es conveniente que utilizaremos una situación no relacionada con la problemática de la paciente, y le pediremos como se sentiría si pensara en dos cosas totalmente distintas.

Por ejemplo:

1. Oyes un ruido de noche y crees que han entrado a robar en tu casa: ¿Cómo te sentirías? ¿Qué harías?
2. Oyes un ruido de noche y crees que es tu gato jugando con tus zapatillas: ¿Cómo te sentirías? ¿Qué harías?

Con este ejercicio, debemos conseguir que por un lado la paciente se dé cuenta que ante una misma situación se pueden tener dos pensamientos distintos, y por otro lado que según el pensamiento que tenga las consecuencias emocionales y conductuales pueden variar mucho.

Tarea

Evaluarse el termómetro de ánimo (anexo 2)

Tercera Sesión

Técnica a Utilizar Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas

Objetivo

Entender la relación de un pensamiento que existe frente a las cogniciones, las emociones y la conducta.

Materiales

Ficha de observación

Tiempo

40 min

Descripción

Desarrollo

Explicaremos a la paciente que los pensamientos son construcciones de su mente, y por lo tanto son hipótesis, no hechos inamovibles, ya que otra persona podría pensar de forma distinta ante los mismos hechos y comprender que ante un mismo hecho se puede pensar de distintas formas.

Para hacerlo, es conveniente que utilizaremos una situación no relacionada con la problemática de la paciente, y le pediremos como se sentiría si pensara en dos cosas totalmente distintas.

Por ejemplo:

1. Oyes un ruido de noche y crees que han entrado a robar en tu casa: ¿Cómo te sentirías? ¿Qué harías?
2. Oyes un ruido de noche y crees que es tu gato jugando con tus zapatillas: ¿Cómo te sentirías? ¿Qué harías?

Con este ejercicio, debemos conseguir que por un lado la paciente se dé cuenta que ante una misma situación se pueden tener dos pensamientos distintos, y por otro lado que según el pensamiento que tenga las consecuencias emocionales y

conductuales pueden variar mucho.

Tarea

Evaluarse el termómetro de ánimo (anexo 2)

Cuarta Sesión

Técnica a Utilizar	Diálogo Socrático
Objetivo	Modificar los pensamientos y las creencias disfuncionales a través del cuestionamiento de estas.
Materiales	Ficha de observación
Tiempo	30 min
Descripción	<p>Desarrollo</p> <p>En esta técnica se requiere realizar de una forma ágil y habilidosa realizando preguntas que pongan de manifiesto la irracionalidad del pensamiento del paciente, y vaya encaminando estas mismas respuestas hacia un pensamiento racional que pueda suplir el pensamiento desadaptativo de la paciente. Para ello seguiremos la siguiente estructura en el diálogo socrático.</p> <p>1. Examinar las pruebas del pensamiento desadaptativo:</p> <p>Se examina a través de preguntas hasta qué punto es cierto un pensamiento desadaptativo. Se realiza mediante preguntas como las siguientes:</p> <p>¿Qué datos tiene a favor de este pensamiento?</p> <p>¿Cuál es la probabilidad de que esté interpretando correctamente la situación? ¿Existen otras interpretaciones alternativas? ¿Hay otro modo de enfocar esto?</p> <p>2. Examinar la utilidad del pensamiento desadaptativo:</p>

Se examina en qué medida el pensamiento irracional es eficaz para alcanzar los objetivos del paciente, o cuáles son sus efectos negativos para su bienestar o funcionalidad. Se pueden realizar preguntas como:

¿Le ayuda este pensamiento a conseguir sus objetivos y a solucionar su problema? ¿Le ayuda esta forma de pensar a sentirse como quiere?.¿Cuáles son los pros y los contras, a corto y largo plazo, de esto que cree?

3. Examinar qué pasaría realmente y qué sucedería si lo que piensa fuera cierto:

Normalmente este último paso no suele ser necesario, pero en caso de que la cognición irracional persistiera (a veces la probabilidad de que el pensamiento irracional sea cierto puede ser escasa pero real), se puede pedir al paciente que piense qué sucedería si el pensamiento fuera cierto, y posteriormente buscar soluciones.

4. Extraer conclusiones sobre el pensamiento desadaptativo:

Tras la reestructuración de un pensamiento, el paciente debe extraer una conclusión, la cual suele implicar una forma más adaptativa de enfocar la situación.

Tarea	Evaluarse el termómetro de ánimo (anexo 2)
--------------	--

Quinta Sesión

Técnica a Utilizar

Cuestionamiento conductual de las cogniciones desadaptativas

Objetivo	Generar predicciones específicas a partir del pensamiento irracional y se generar situaciones para comprobar si tales predicciones se cumplen o no.
Materiales	Ficha de observación
Tiempo	30 min
Descripción	Desarrollo <p>Una vez realizado el cuestionamiento verbal, el pensamiento irracional suele estar ya más o menos eliminado y reemplazado por un pensamiento más adaptativo, sin embargo, esto no es suficiente. Para conseguir cambios más persistentes y duraderos, realizaremos un cuestionamiento conductual.</p> <p>Con esta técnica, terapeuta- paciente generaremos predicciones específicas a partir del pensamiento irracional y se generan situaciones para comprobar si tales predicciones se cumplen o no. A modo de resumen, se seguirá las siguientes acciones</p> <p>En el cuestionamiento verbal: realizaremos una serie de preguntas para poner de manifiesto la irracionalidad del pensamiento. Por ejemplo “si hablo en público se reirán de mí”, hasta que la paciente sea capaz de sustituir el pensamiento irracional por otro más adaptativo “si hablo en público me escucharán”</p> <p>En el cuestionamiento conductual: Se le pedirá experimentar a la paciente determinada acción por ejemplo: Se invitará a la paciente a hablar en público para que viva de primera qué sucede cuando realiza la acción (se ríen de mí vs me escuchan). Las situaciones en las que se realice esta técnica estarán</p>

controladas muy de cerca y sirve para que la paciente experimente personalmente una situación que demuestra la “no certeza” de su pensamiento irracional.

Tarea	Evaluarse el termómetro de ánimo (anexo 2)
--------------	--

MODULO II

PROGRAMA ACTIVIDADES DIARIAS

	Primera sesión	Tiempo
Técnica a Utilizar	Trabajando con las actividades diarias 1.3	
Objetivo	Identificar las actividades agradables para un mayor afrontamiento a su situación actual	
Descripción	<p>Repaso :</p> <p>¿Cómo le fue en la semana con respecto a las técnicas aplicadas?</p> <p>¿Ha notado cambios desde que usted empezó el tratamiento?</p> <p>Desarrollo</p> <p>Posteriormente continuamos con las siguientes preguntas</p> <p>¿Deja usted de hacer cosas porque está deprimido? O ¿usted se deprime porque deja hacer cosas?</p> <ul style="list-style-type: none">• Para romper el círculo vicioso usted puede aumentar aquellas actividades que lo hagan sentirse mejor• Seguidamente le enseñaremos una lista de actividades en la cual deberá marcar en las actividades que más le agradan , así mismo deberá reflexiona acerca de cómo sus actividades diarias influyen su estado de ánimo(anexo Nro. 3)• Obstáculos para trabajar con sus actividades agradables son : <p>Sus pensamientos</p>	

- ¿Qué es lo que se dice a usted misma mientras piensa acerca de cómo las actividades agradables influyen su estado de ánimo?

La gente

- ¿Existe la posibilidad de que otra gente le dificulte el trabajar en sus actividades agradable?

Tarea	40 min
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Llene Termómetro del estado de animo ✓ Desarrollar las principales limitaciones que ubicamos en las sesión, ello deberá ser aplicada durante la semana. ✓ Anote cuantas actividades de la lista de actividades diarias hace usted cada día.

Segunda sesión	Tiempo

Técnica a Utilizar Trabajando con las actividades diarias 2.3

Objetivo

Descripción

Repaso :

Las acciones influyen nuestro estado de ánimo.

Los pensamientos afectan su estado de ánimo

Otras personas afectan su estado de ánimo

¿Cómo se sintió llenando un registro de sus actividades?

¿Cuántas actividades hizo cada día?

Desarrollo

Para el desarrollo de estas actividades se indicaran los siguientes puntos.

- Más información acerca de las actividades agradables: cómo es que las actividades agradables le pueden ayudar a controlar su estado de ánimo y que son las actividades agradables
 - Para sentirnos saludables emocionalmente es importante tener un número adecuado de actividades agradables.
 - Haciendo actividades sin gastar mucho dinero: la lista la puede hacer en su propia ciudad, con amigos cercanos, en su barrio. Es muy importante planear y programarlas
 - ¿Cómo puede usar sus pensamientos para ayudar planear y disfrutar ciertas actividades?
 - Haga un contrato: es importante recompensarse cuando completa su meta
Recordando lo siguiente
 - Que usted no necesite esperar hasta que tenga la energía de hacer algo.
 - Que usted pueda decidir de algo y hacerlo de verdad
 - Usted pueda influir en su estado de ánimo con sus actividades.
- Ejemplo de Contrato (**anexo 5**)

Tarea

40 min

- ✓ Llene Termómetro del estado de animo
- ✓ Mantener el registro de las actividades en su lista.
- ✓ Hacerse un contrato

Tercera Sesión

Técnica a Utilizar Trabajando con las actividades diarias 3.3

Creando su propio plan para superar la depresión

Objetivo Obteber mayor control sobre la depresión

Tiempo 30 min

Descripción Se le dará las siguientes indicaciones

- Para superas la depresión
Póngase metas razonables, fíjese en las cosas positivas que usted hace incluyendo sus recompensas
- Póngase metas claras y concretas

Metas no claras	Metas claras
-Estar menos deprimido - Ser una buena hija, amiga -Ser una buena cocinera, músico, persona feliz.	-Aumentar sus actividades agradables -Pasarse una hora a la semana haciendo cosas agradables con su familia y/o amigo(a) - pasar horas por semana, cocinando, tocando un instrumento, etc.

- Poniéndose metas realistas :
- Haga un plan para realizar sus metas: dividiendo sus metas grandes en partes pequeñas, asegúrese de que cada parte se puede llevar a cabo sin demasiado esfuerzo empiece a indagar sobre aquellas actividades de su agrado.
- ¿Cuáles son sus metas?

¿Existe algún obstáculo que le impida realizarla?

- Manejo de tiempo

Haga su lista de metas que usted le gustaría lograr esta semana

Hágase tiempo para tener actividades agradables durante la semana

- Planear el futuro

Hoy solamente vamos a considerar las metas individuales, es decir en las metas que solamente usted está involucrado

Tarea

- ✓ Llene Termómetro del estado de animo
- ✓ Lista de actividades
- ✓ Su plan para la semana

Termine su lista de metas personales.

MODULO III

HABILIDADES SOCIALES

	Primera sesión	Tiempo
Técnica	a Habilidades sociales	
Utilizar		
Objetivo	Mejorar su habilidad interpersonal	
Descripción	<p>Desarrollo</p> <p>Iniciamos con la explicación de las habilidades sociales e identificamos las principales limitaciones en sus relaciones interpersonales.</p> <p>La conducta socialmente implica tres elementos diferenciados.</p> <p>1. Tipo De Habilidad interpersonal 2. contenidos cognitivos 3. el contexto o situación</p> <p>Posteriormente continuamos la sesión con las principales dimensiones del tipo de habilidad interpersonal, identificando las de menos dominio y trabajando posteriormente con ello, dentro de ellos los más frecuentes que hallamos son :</p> <p>1. Iniciar, mantener y cerrar conversaciones 2. Expresar sentimientos positivos 3. Recibir sentimientos positivos 4. Defender los propios derechos 5. Hacer peticiones o pedir favores</p>	

6. Rechazar peticiones. Decir NO
7. Afrontar las críticas
8. Petición de cambio de una conducta.

(cada una de las actividades están especificadas en el anexo 4)

Tarea	40 min
Termómetro del estado de animo	
Aplicar la técnica del espejo	
Desarrollar las principales limitaciones que ubicamos en las sesión , ello deberá ser aplicada durante la semana	

	Segunda sesión	Tiempo
Técnica a Utilizar	Habilidades sociales Y su entorno social	
Objetivo	Aprender como los contactos con la gente influyen como nos sentimos	
Descripción	<p>Desarrollo:</p> <p>Se iniciara con la siguiente interrogante.</p> <p>¿Es la depresión la que causa que las personas sean menos sociables? O ¿el ser menos sociable causa que las personas se depriman?</p> <p>Lo más probable es que la depresión y la falta de contacto con otras personas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La importancia del apoyo social: los contactos que tenemos con nuestra familia y amigos crean una especie de red social protectora o red de apoyo social. En general entre más fuerte sea el apoyo social que recibimos, más capaces seremos para enfrentar situaciones difíciles. Esta gente pueden ser familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos. • Dos principios importantes para tenerlos en mente para el futuro <ul style="list-style-type: none"> - Si su red de apoyo social es demasiado pequeña, agrándela. Su red es demasiado pequeña si usted no tiene alguien de confianza con quien platicar y decirle sus cosas. - Si su red es adecuada y de un buen tamaño, apréciela y trate de mantenerla sana y fuerte • Conociendo a otras personas <p>¿Cómo hacer amistades? La forma más fácil de conocer a otros es hacer algo que a usted le gusta hacer, pero en compañía de otras personas.</p>	

- Cuando usted está haciendo algo que le guste, es más probable que este de buen humor.
 - Aunque no conozca a nadie usted estará realizando una actividad placentera.
 - Como el enfoque principal está en la actividad que usted estará haciendo y no es conocer a otras personas, es más probable que usted sienta menos presión que la que sentiría si el único propósito fuera conocer otras personas.
- Mantener sana su red de apoyo social

El contacto con otros es muy importante: Ya sea por teléfono o en persona. Sugerir una actividad para compartir con otras personas.

Finalmente reforzaremos en pensamientos que puedan bloquear esto como: “me van a rechazar”, “me aceptaran solo porque son amables”, “no querrán salir conmigo de conocerme”

Tarea	40 min
<ul style="list-style-type: none">✓ Termómetro del ánimo.✓ Programa de asertividad semanal: anote los contactos que tuvo con otros(as), anote un “+” si el contacto fue positivo, y un “-“ si el contacto fue negativo.	

MODULO IV

PROYECTO DE VIDA

Primera Sesión	
Técnica a Utilizar	Toma de Decisiones
Objetivo	Identificar los objetivos personales
Materiales	Ficha de observación
Tiempo	30 min
Descripción	Desarrollo
	<p>Junto a la paciente desarrollaremos y reflexionaremos sobre las siguientes preguntas con la finalidad de</p> <ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo soy?2. ¿Qué quiero? Y ¿Cuáles son mis oportunidades? Para lo cual desarrollaremos el FODA, Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas <p>Para comenzar un análisis FODA se debe hacer una distinción crucial entre las cuatro variables por separado y determinar qué elementos corresponden a cada una. (Anexo 4)</p> <ol style="list-style-type: none">3. ¿Qué Quiero lograr? (ello se refiere a nuestra a la visión personal) <p>Reflexionando con las siguientes preguntas</p> <p>¿Cómo te ves?</p> <p>¿Qué estás haciendo?</p> <p>¿Con quién estás?</p> <p>¿En dónde estás?</p>

¿Cómo te sientes en ese momento?

Tarea

Evaluarse el termómetro de ánimo (anexo 2)

Realizar listado de metas a desarrollar

Segunda Sesión

Técnica a Utilizar	Visión a Futuro						
Objetivo	Identificar y desarrollar metas a corto, media y largo plazo.						
Materiales	Ficha de observación						
Tiempo	30 min						
Descripción	<p>Reaso.</p> <p>Se mediara el termómetro del estado de ánimo y posteriormente se desarrollara las siguientes interrogante</p> <p>¿Lograste reconocer tus prioridades, metas y objetivos?</p> <p>Menciona cuales fueron tus dificultades</p> <p>Desarrollo</p> <p>Junto a la paciente identificaremos y desarrollaremos temas relacionados a su proyecto de vida mediante el siguiente esquema. Ejemplo.</p> <table border="1"><thead><tr><th>META</th><th>PLAZO/OBJETIVO S</th><th>PASOS PARA LA REALIZACIÓN</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ejemplo: Estudiar enfermería y traer ayuda a mi localidad para mejorar el área de la salud.</td><td>Corto plazo: -Aprobar el presente año escolar. -Averiguar requisitos, becas en las universidades cercanas.</td><td>Organizar mejor mí tiempo, establecer un horario. - Estar muy atenta en clase. -Estudiar con mayor dedicación, especialmente los cursos de comunicación y matemática.</td></tr></tbody></table> <p>Finalmente realizaremos un agenda de objetivos a realizar, a corto, a media y largo plazo, indicando un orden identificando fechas para la elaboración de cada una de ellas siendo lo mas</p>	META	PLAZO/OBJETIVO S	PASOS PARA LA REALIZACIÓN	Ejemplo: Estudiar enfermería y traer ayuda a mi localidad para mejorar el área de la salud.	Corto plazo: -Aprobar el presente año escolar. -Averiguar requisitos, becas en las universidades cercanas.	Organizar mejor mí tiempo, establecer un horario. - Estar muy atenta en clase. -Estudiar con mayor dedicación, especialmente los cursos de comunicación y matemática.
META	PLAZO/OBJETIVO S	PASOS PARA LA REALIZACIÓN					
Ejemplo: Estudiar enfermería y traer ayuda a mi localidad para mejorar el área de la salud.	Corto plazo: -Aprobar el presente año escolar. -Averiguar requisitos, becas en las universidades cercanas.	Organizar mejor mí tiempo, establecer un horario. - Estar muy atenta en clase. -Estudiar con mayor dedicación, especialmente los cursos de comunicación y matemática.					

realista posibles.

5. Tiempo de Ejecución

De las actividades del plan psicoterapéutico, se alcanzó a realizar hasta la sexta sesión, cada sesiones duro de 30 a 40 minutos, tomando dos sesiones por semana para su realización, con actividades a trabajar durante la semana y controles en cada sesión para evaluar su mejoría.

6. Logros Obtenidos

- La paciente logró identificar las ideas irrationales que poseía por mucho tiempo debido a su concepción de sus vivencias, sus experiencias vividas durante su infancia y adolescencia, así mismo logrando mayor conciencia de sus actos.
- Logró reconocer sobre la importancia de sus pensamientos y la influencia que estos presentaban a la hora de realizar determinadas actividades Y/O confrontar determinadas situaciones.
- Mayor conciencia y confianza en sí misma para la realización de determinadas actividades. Inicio buscando nuevo empleo
- Mejoró considerablemente sus habilidades sociales, con su entorno más próximo y con nuevas personas, así mismo empezó a asistir a reuniones familiares y sociales.
- Logró organizar su tiempo y a distribuirlo adecuadamente, así mismo mayor compromiso consigo misma proyectándose

7. Cambio de Actitudes y/o Comportamientos

Inicialmente la paciente se mostraba con ideas rígidas de su persona y del trato que debería recibir, ello influenciado en gran medida por las vivencias pasadas que tuvo, con poca valoración de su persona y carencia de proyecciones hacia su futuro. Mostrando una inseguridad en cuanto a las actividades que ha de realizarse y frente a las personas que la rodean. Es así que la primera semana se mostraba poco energética, sin ninguna expectativa a su mejora, insegura y con muchos miedos por lo que le espera los siguientes días y las actividades a realizar. La segunda semana se mostró con mayor tranquilidad y mayor optimismo sin embargo continuaba los sentimientos de nostalgia. A la tercera semana mejoró su actitud ante la situación vivida asimismo, mayor interrelación con las personas, buscando sus amistades y buscando nuevo empleo para mantener su mente ocupada, así mismo inicio algunas actividades agradables como acudir al gimnasio y clases de baile mejorando su optimismo y su aspecto personal.

ANEXOS

1. Autorregistro
2. El Termómetro Del Ánimo Diario
3. Lista de actividades de agrado
4. Ficha De FODA

AUTOREGISTRO

(ANEXO Nro. 1)

ANEXO Nro. 2

Instrucciones para usar El Termómetro Del Ánimo Diario

Para empezar a ver sus cambios de ánimo usted anotara su estado de ánimo diario usando el TERMOMETRO DE ÁNIMO DIARIO.

Para que este ejercicio valga, usted debe llenar el TERMOMETRO DE ÁNIMO DIARIO todos los días.

Instrucciones:

Justo antes de acostarse, saque el termómetro de ánimo diario

Piense sobre el día y decida cuál fue su estado d ánimo ese día.

Elije el número que representa como usted se sintió ese día

“9”	: significa el mejor estado de ánimo que usted se puede imaginar (se usará este número solamente en los “días más felices de su vida” entonces no es probable que se ocupará mucho)
“5”	: significa que su estado de ánimo es mediocre (este es el estado de ánimo normal que tiene la gente la mayoría del tiempo. Es el estado de ánimo que usted normalmente tiene en los días cuando no está deprimido(a).
“1”	: significa el peor estado de ánimo que usted puede imaginar (se usará este número solamente en los “días más terribles de su vida entonces no es probable que se usará mucho)

INSTRUCCIONES PARA LAS SESIONES FUTURAS SOBRE “LOS PENSAMINETOS”:

Al final del termómetro también hay un lugar donde debe anotar el número de pensamientos que tiene cada día. De esta manera usted puede ver como las cosas que tratamos de enseñar cada semana afectan su depresión

TERMOMETRO 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	
	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
Número de pensamientos								
Positivos								
Negativos								

Anotaciones :

TOTAL CADA DIA:

CASO N°2

ANAMNESIS

I. DATOS DE AFILIACION:

- **Apellidos Y Nombres** : Jorge A. S. S.
- **Sexo** : Masculino
- **Edad** : 29 Años
- **Fecha De Nacimiento** : 19/01/1987
- **Lugar De Nacimiento** : Arequipa
- **Grado De Instrucción** : Superior
- **Estado Civil** : Soltero
- **Domicilio** : US N-4 Mateo Pumacahua
- **Informante** : El paciente
- **Fecha De Entrevista** : 03 De Julio Del 2016
- **Entrevistadora** : Lizbeth Zulema Bernal Quenta

II. MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente viene al centro de salud el 03 de julio del 2016, por dolores y comezón en la parte superior derecha de la espalda, es derivado del servicio de Medicina al servicio de Psicología, debido a que no se encontró ningún problema que diera con el dolor en el cliente. El cliente manifiesta tener preocupaciones en el ámbito laboral, porque tiene mucha presión por parte de sus superiores y a su vez tiene a su cargo un número determinado de personas, y por otro lado la familia, el no estar todos en el mismo país lo pone triste. Y esto conlleva a que tenga mal humor, se estrese, se sienta cansado, irritado, a veces sin ganas de hacer nada.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL:

Cuando tenía aproximadamente 8 años hubo bastante maltrato físico dentro de su hogar, proviene de padres separados, su padre tomaba constantemente y venía a su casa, discutía con su madre llegando muchas veces a los golpes, el paciente manifiesta que se escondía por temor a que también lo golpearan, le temblaba las manos, lloraba se sentía solo, quería que ya se acabe la bulla, quien salía a su

defensa de su madre era su hermana mayor quien lo votaba para que no siga con el maltrato físico, Jorge manifiesta que cuando estaba escondido el mismo se decía que cuando este grande él le iba a pegar como lo hacía con su madre, a pesar que su madre estaba en casa esporádicamente debido al trabajo que tenía fuera de la ciudad, quien se encargaba de su cuidado y educación era su hermana mayor, inteligente de carácter fuerte eh imponente, decía lo que pensaba sin preocuparse en dañar a los demás, ella le enseño a ser una persona fuerte, tratar de que no le afecte nada y si quería algo tenía que hacer ciertas actividades para que pueda ganárselo tal es el caso de que si quería un juguete tenía que leer libro completo y hacer un resumen para así poder obtener lo que quiera y esto siguió hasta la adolescencia, no recibía el afecto que el necesitaba sintiéndose muchas veces solo y sin poder contar a alguien lo que le pasaba, su hermana no permitía que salga a jugar con sus amigos, el paciente manifiesta que se sentía nervioso, le sudaban las manos por poder salir a jugar con sus amigos, se ponía triste cuando no le dejaban, ella prefería que se quedara en su casa y así fue como pasaron los años. Cuando cumplió 12 años su padre venía a su casa cada cierto tiempo y se lo llevaba a los bares donde ingería bebidas alcohólicas, el paciente manifiesta que solo observaba como tomaban, queriendo en muchas ocasiones escapar porque no se sentía a gusto estando allí, según el paciente se sentía incómodo, le sudaban las manos. Con el pasar del tiempo Jorge sentía que no necesitaba de nadie que él podía hacer todo solo. Cuando acabo el colegio no sabía que iba a estudiar se sentía confundido, preocupado, tenso, cabizbajo, porque la mayoría de sus compañeros ya sabían que iban a estudiar y en qué universidad lo iban a realizar, le hicieron orientación vocacional donde salía que podía estudiar ingenierías pero no especificaba a cual. Ya en la academia su hermana mayor se fue al extranjero llevándose a su madre y hermana para allá, es por esta razón que Jorge se queda solo en Arequipa. El paciente manifiesta que en ese tiempo se sentía triste, más solo que nunca, si antes no contaba cómo se sentía, esta vez tenía más sentimientos encontrados, se sentía nervioso, le sudaban las manos, tenía tensión muscular en la espalda, pero aun así trataba de ser fuerte, es por esta razón que trataba de no estar en casa por mucho tiempo porque le entraba mucha nostalgia, a pesar de que su madre y hermanas lo llamaban constantemente se sentía mal. Por otro lado su padre venía a visitarlo pero ebrio o con algunas copas de más. Y para él era muy incómodo estar cerca de él.

Ingresa a la universidad a la carrera de Ingeniería Metalúrgica, trataba de estar ocupado todo el tiempo, a pesar que en ocasiones no podía concentrarse en clases, tuvo de adecuarse poco a poco a su nueva vida, el estar con sus compañeros lo distraían mucho.

Cuando tuvo 23 años su padre sufrió una caída muy fuerte, tendiendo que llevarlo al hospital de emergencia, el paciente manifiesta que fue muy incómodo tener que ir porque se chocaba constantemente con la pareja eh hijas de su padre, tenía que turnarse en el cuidado de su padre mientras estuvo internado ya que no estaban sus hermanas, el paciente manifiesta que su muerte fue lenta y dolorosa porque tenía cirrosis y con los medicamentos que le daban, sufría bastante y el esperaba que fallezca para que no siga sufriendo y así pueda descansar en paz. No sintió dolor cuando falleció su padre.

A los 24 años el paciente manifiesta que tenía que irse al extranjero junto con su madre y sus hermanas, trayendo de cierto modo preocupación, angustia porque no sabía que le esperaba allá es allí donde sintió por primera vez escozor y dolor en la espalda según manifiesta trataba de no hacerle caso, por otro lado le preocupaba sí podría conseguir trabajo en lo que había estudiado, tenía miedo ser inútil, se preguntaba si le chocaría el cambio, sí tendría amigos de la misma manera que los que tiene aquí, le daba pena tener que dejar todo aquí, tenía miedo al cambio que iba a tener. Una vez allá a pesar de estar con la familia completa, le costó adaptarse a las nuevas costumbres de allá.

A los 27 años regresa a Perú, por trabajo, el paciente manifiesta, que de venir de un lugar donde todo tiene un orden, de ser responsables y puntuales le chocó más regresar que irse, la adaptación fue lenta con muchos altibajos empezó a sentirse estresado, cansado, la bulla lo incomodaba, se sentía triste porque dejó a sus sobrinos y hermana allá, por otro lado tenía la presión en la minera donde trabajaba, el paciente manifiesta que se irrita con facilidad, está muy atento a cualquier problema que podría pasar en el trabajo. El dolor y comezón volvieron a manifestarse por varias semanas, eh incluso empezó a sentirse mal del estómago teniendo que evacuar cada rato al baño, fue al médico donde le dijeron que tenía

escoliosis, pero que no tenía nada que ver la comezón y el dolor en la parte derecha superior de la espalda. Por este motivo es que es derivado al servicio de Psicología.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES:

- **ETAPA PRE NATAL:**

El paciente, no fue planificado por sus padres, durante la gestación, no ha presentado ninguna complicación, la madre asistió puntualmente a los controles requeridos.

- **ETAPA NATAL:**

PARTO:

El parto fue llevado a cabo sin complicaciones, fue parto normal, nació con un peso aproximadamente de 3.400, llevado a cabo en el hospital Honorio Delgado Espinoza.

- **ETAPA POST NATAL:**

PRIMER AÑO:

Durante el primer año de vida el paciente vivió con su madre y su alimentación era adecuada, su madre lo engrería por ser el único varón, estuvo siempre pendiente de su cuidado.

Hasta los 2 años y medio se orinó en la cama. Al año y medio comenzó a controlar las heces. Durante los primeros años dormía bastante y en algunas oportunidades cuando tenía 4 años hablaba cuando estaba dormido.

- **DESARROLLO PSICOMOTOR:**

La psicomotricidad del paciente se desarrolló con total normalidad sus habilidades como Locomoción, lenguaje y control de esfínteres se desarrollaron sin complicaciones.

- **ETAPA ESCOLAR**

Ingresa al jardín a los 5 años, no le costó adaptarse a esta nueva etapa. La educación primaria trascurrió sin problemas, aunque se le conocía por ser un niño juguetón con sus compañeros, su rendimiento en la escuela fue óptimo ocupando los primeros puestos hasta la culminación de la primaria, estudió en un colegio particular. Al iniciar la secundaria, lo hizo en un colegio parroquial, donde su desempeño académico fue dentro de lo normal, dedicó mucho más tiempo a estar con sus amigos, principalmente en los últimos años el propio paciente refiere que fue uno de los alumnos más extrovertidos de su promoción.

Estudió en la Universidad Nacional de San Agustín ingeniería en Metalurgia, donde tuvo un rendimiento dentro de lo normal, jaló un curso el cual lo recuperó sin perder tiempo, culminando a tiempo la carrera, no destaca como lo hizo en la primaria.

- **DESARROLLO Y FUNCION SEXUAL**

Es el único hijo varón, empezó a notar los primeros cambios corporales a los 12 años y a los 15 años su tono de voz cambió, tuvo su primera relación coital a los 17 años, con su primera enamorada, el paciente manifiesta que estuvo con ella un promedio de 4 años, con quien tuvo una relación normal como todo enamoramiento, terminó con ella porque tenía que irse al extranjero, después de ella tuvo una relación con una extranjera la cual duró un año debido a las infidelidades que él cometía, en su siguiente relación él quería ya formar una familia pero no le fue del todo bien porque hubo agresiones físicas y verbales por ambas partes y decidieron dejar la relación, y según lo que comenta todas tenían carácter fuertes, imponentes, por otro lado su vida sexual siempre fue activa.

- **HISTORIA DE LA RECREACION Y DE LA VIDA**

Cuando era niño jugaba más con sus dos mejores amigos, con los cuales paso la mayor parte de su infancia tenía mucha disposición para hacer amigos, pero su hermana mayor no le gustaba. Actualmente en su tiempo libre realiza juegos en redes, manifestando que en ellos puede distraerse y sentirse a gusto.

- **ACTIVIDAD LABORAL**

Realizaba trabajos pequeños de dos días en una semana en construcción o de topógrafo. Hasta que consiguió el trabajo de Ingeniero Metalúrgico en una minera laborando hasta el día de hoy.

- **SERVICIO MILITAR**

No ha realizado servicio militar.

- **RELIGION**

Pertenece a la religión católica, y aunque no se considera un practicante activo; como por ejemplo asistir todos los domingos a misa; dice creer en Dios.

- **ALIMENTO**

Come lo necesario. No le gusta comer en exceso.

- **SUEÑO**

Había temporadas donde no dormía bien, se quedaba despierto hasta las 3 a 4 de la mañana.

- **ALCOHOL**

Bebía alcohol esporádicamente, porque no quería acabar como su padre.

- **CIGARRO**

No consume cigarros.

V. ANTECEDENTES MORBIDOS PERSONALES:

- **ENFERMEDADES Y ACCIDENTES:**

A presentado enfermedades comunes, tales como la gripe, varicela; no tiene ningún antecedente patológico. Sufrió una fractura de mano cuando tenía 9 años mientras jugaba con sus amigos en el colegio. Actualmente presenta escoliosis, tiene problemas gastrointestinales, es intolerante ciertos alimentos, dolores y comezón en el lado superior de la espalda.

- **PERSONALIDAD PREMORBIDA**

Siempre fue un muchacho activo, sociable, en la adolescencia fue un sujeto rebelde, pero no violento ni agresivo, se considera extrovertido y siempre le gusta compartir actividades con sus amigos pero cuando le fallaban simplemente los dejaba de lado o ya no les hablaba.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES:

- **COMPOSICION FAMILIAR:**

La familia está compuesta por su madre que es de carácter fuerte pero cariñosa a la vez, tiene tres hermanas, una de 40 años quien vive en el extranjero con su esposo y sus hijos. La segunda de 37 años vive en Arequipa con su mamá. Su padre falleció cuando el paciente tenía 23 años, producto de una caída.

- **DINAMICA FAMILIAR:**

Siempre se ha llevado bien con sus hermanas a pesar de su carácter fuerte de ellas, el paciente manifiesta que con quien mayor confianza ha tenido es con su hermana mayor ya que fue ella quien lo cuidaba desde que empezó a

estudiar y esto se debe a que su madre trabajaba en Lima y no podía dejar el trabajo, la relación con su padre fue del todo cordial a pesar de la separación con su madre.

- **CONDICION SOCIOECONIMICA**

La casa en la cual residen es propia, cuanta con todos los servicios sanitarios, ambos hermanos tienen habitación propia, la madre es jubilada, ambos hermanos trabajan.

- **ANTECEDENTES PATOLOGICOS**

No presenta ningún antecedente psicopatológico.

VII. RESUMEN:

Jorge no fue planificado por sus padres, durante la gestación no ha presentado ninguna complicación, pesó aproximadamente 3.400, el cual se llevó acabo en el hospital Honorio Delgado Espinoza. Durante el primer año de vida Jorge vivió con su madre y hermanas su alimentación fue adecuada. Hasta los 2 años y medio se orinó en la cama. Al año y medio comenzó a controlar las heces. Durante los primeros años dormía bastante y en algunas oportunidades cuando tenía 4 años hablaba dormido.

Ingresa al jardín a los 5 años, no le costó adaptarse a esta nueva etapa. La educación primaria trascurrió sin problemas, aunque se le conocía por ser un niño juguetón con sus compañeros, su rendimiento en la escuela fue óptimo ocupando los primeros puestos hasta la culminación de la primaria. Al iniciar la secundaria, su desempeño académico fue dentro de lo normal, dedicó más tiempo a estar con sus amigos, principalmente en los últimos años, refiere que fue uno de los alumnos más extrovertidos de su promoción.

Estudio en la Universidad Nacional de San Agustín ingeniería en Metalurgia, donde tuvo un rendimiento dentro de lo normal, no destaca como lo hizo en la primaria.

Es el único hijo varón, empezó a notar los primeros cambios corporales a los 12 años y a los 15 años su tono de voz cambio, tuvo su primera relación coital a los 17 años, con su primera enamorada, estuvo con ella un promedio de 4 años, termino con ella porque tenía que irse al extranjero, tuvo una relación con una extranjera la cual duro un año debido a las infidelidades que el cometía, en su siguiente relación él quería ya formar una familia pero no le fue del todo bien porque hubo agresiones físicas y verbales por ambas partes y decidieron dejar la relación.

Cuando tenía aproximadamente 8 años hubo bastante maltrato físico y psicológico dentro de su hogar, su padre venia ebrio y discutía con su madre, llegando muchas veces a los gritos y a los golpes, Jorge manifiesta que se escondía por temor a que también lo golpearan, en ese momento indica que se escondía debajo de la cama, le temblaba las manos, lloraba, se sentía solo, quería que ya se acabe la bulla. Quien se encargaba de su cuidado y educación era su hermana mayor, quien le enseño a ser una persona fuerte y tratar de que no le afecte nada. Jorge manifiesta que de niño no recibió el afecto y la comprensión que necesitaba, ya que tenía que callar lo que sentía. Su hermana no lo dejaba salir a jugar con sus amigos porque no quería que se eche a perder, ante esta acción Jorge sentía angustia, le sudaban las manos, se ponía nervioso, triste de no poder salir a jugar con sus amigos. En ocasiones su padre venía a su casa y lo llevaba a los bares donde ingería bebidas alcohólicas, Jorge manifiesta que solo observaba como tomaban, a pesar de ello se sentía incómodo, le sudaban las manos, le dolía el estómago, quería escapar pero no podía porque su padre lo observaba. Cuando acabo la secundaria no sabía que iba a estudiar se sentía confundido, preocupado, tenso, cabizbajo, le hicieron orientación vocacional donde salía que podía estudiar ingenierías pero no especificaba a cual. Ya en la academia su hermana mayor se fue al extranjero llevándose a su madre y hermana, es por esta razón que Jorge se queda solo en Arequipa. En ese tiempo se sentía triste, más solo que nunca, si antes no contaba cómo se sentía, esta vez tenía más sentimientos encontrados, la angustia lo invadía, el nerviosismo, le sudaban las manos, tenía tensión muscular en la espalda, pero aun así trataba de ser fuerte, es por esta razón que trataba de no estar en casa por mucho tiempo porque le entraba mucha nostalgia.

En cuanto a su alimentación Jorge come lo necesario. No le gusta comer en exceso. En lo que se refiere al sueño manifiesta que había temporadas donde no dormía bien, se quedaba despierto hasta las 3 a 4 de la mañana, pensando en todo, el que haría mañana, pensaba en su familia en como estarán, a veces lloraba porque las extrañaba demasiado, se sentía desprotegido. Bebía alcohol esporádicamente, porque no quería acabar como su padre.

Jorge manifiesta que tenía que irse al extranjero a encontrarse con su madre y sus hermanas, trayendo consigo preocupación, angustia porque no sabía que le esperaba allá, es allí donde sintió por primera vez sintió comezón en la espalda según manifiesta trataba de no hacerle caso, tenía miedo ser inútil allá, por otro lado sentía tristeza de dejar todo aquí, tenía miedo al cambio que iba a tener. Una vez allá realizaba trabajos pequeños de dos días por semana en construcción o de topografía. A pesar de estar con la familia completa, le costó adaptarse a las nuevas costumbres.

Al regresar a Perú, por trabajo, empezó a sentirse estresado, cansado, la bulla lo incomodaba, se sentía triste porque dejó a sus sobrinos y hermana allá, el dolor y comezón aparecía cada cierto tiempo el paciente dice que no le daba importancia por eso desaparecía esos síntomas, por otro lado tenía la presión en la minera donde trabajaba, Jorge manifiesta que se irrita con facilidad, está muy atento a cualquier problema que podría pasar en el trabajo y esto lo ponía tenso. El dolor y comezón volvieron a manifestarse por varias semanas, eh incluso empezó a sentirse mal del estómago teniendo que evacuar cada rato al baño, fue al médico donde le dijeron que tenía escoliosis, pero que no tenía nada que ver la comezón y el dolor en la parte derecha superior de la espalda.

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE AFILIACION

- **Apellidos Y Nombres** : Jorge A. S. S.
- **Sexo** : Masculino
- **Edad** : 29 Años
- **Fecha De Nacimiento** : 19/01/1987
- **Lugar De Nacimiento** : Arequipa
- **Grado De Instrucción** : Superior
- **Estado Civil** : Soltero
- **Domicilio** : US N-4 Mateo Pumacahua
- **Informante** : El Paciente
- **Fecha De Entrevista** : 03 De Julio Del 2016
- **Entrevistadora** : Lizbeth Zulema Bernal Quenta

II. PORTE Y COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Paciente de 29 años, no aparenta la edad que tiene, de estatura regular, contextura delgada, tez trigueña, vestido adecuadamente, su expresión facial demuestra cierta angustia. El tono de voz que tiene el paciente es adecuado, dirige la mirada sin problemas a la psicóloga en el momento de la entrevista. Se pudo apreciar que se encontraba en un estado de ánimo algo decaído con cierta manifestación al desgano, perturbación, en algunos momentos estaba a la defensiva, tratando de ayudar todo lo que se pueda en el momento de la consulta.

III. CONCIENCIA, ATENCION Y ORIENTACION

Atención

Su estado de alerta es adecuado en algunos momentos, ya que se distraía, orientado en tiempo, espacio y persona.

Conciencia o estado de alerta

Presenta una adecuada atención, ya que muestra la debida concentración en la entrevista y al realizar las pruebas.

Orientación

Sus respuestas son coherentes.

IV. CURSO DEL LENGUAJE

Su lenguaje y su pronunciación son bien articulados, tono de voz normal y pausada, el contenido de sus oraciones es coherente y su conversación, su lenguaje comprensivo, así mismo comprende todas las indicaciones y órdenes dadas por el evaluador.

V. PENSAMIENTO

Así mismo en cuanto al contenido se aprecian ciertas ideas sobrevaloradas. El evaluado presenta un buen nivel de análisis y abstracción. En cuanto a la formación de juicios y raciocinio se observa un adecuado razonamiento.

VI. PERCEPCION

Es capaz de reconocer correctamente los estímulos correctos, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños y formas correctamente.

VII. MEMORIA

Su memoria es adecuada ya que manifiesta ordenadamente y acertadamente su nombre, edad, aspectos personales y familiares, así como conocimientos generales.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada, posee la capacidad para realizar operaciones aritméticas.

IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

Se encuentra algo preocupado, tenso, nervioso por el problema que está padeciendo, no le gustan los síntomas que está teniendo.

X. COMPRENSION Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA O ENFERMEDAD

El paciente no encuentra la causa por el cual le está ocurriendo estos dolores y comezón en la espalda, no posee información acerca de lo que le aqueja, lo cual genera preocupación.

XI. RESUMEN

Paciente de 29 años, no aparenta la edad que tiene, de estatura regular, contextura delgada, tez trigueña, vestido adecuadamente, su expresión facial demuestra cierta angustia. El tono de voz que tiene el paciente es adecuado, dirige la mirada sin problemas a la psicóloga en el momento de la entrevista. Se pudo apreciar que se encontraba en un estado de ánimo algo decaído con cierta manifestación al desgano, perturbación, en algunos momentos estaba a la defensiva, tratando de ayudar todo lo que se pueda en el momento de la consulta.

Su estado de alerta es adecuado en algunos momentos, ya que se distraía, está orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta una adecuada atención, ya que muestra la debida concentración en la entrevista y al realizar las pruebas.

Sus respuestas son coherentes. Su lenguaje y su pronunciación son bien articulados, tono de voz normal y pausada, el contenido de sus oraciones es

coherente y su conversación, su lenguaje comprensivo, así mismo comprende todas las indicaciones y órdenes dadas por el evaluador.

Así mismo en cuanto al contenido se aprecian ciertas ideas sobrevaloradas. El evaluado presenta un buen nivel de análisis y abstracción. En cuanto a la formación de juicios y raciocinio se observa un adecuado razonamiento.

Es capaz de reconocer correctamente los estímulos correctos, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños y formas correctamente. Su memoria es adecuada ya que manifiesta ordenadamente y acertadamente su nombre, edad, aspectos personales y familiares, así como conocimientos generales.

Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada, posee la capacidad para realizar operaciones aritméticas. Se encuentra algo preocupado, tenso, nervioso por el problema que está padeciendo, no le gustan los síntomas que está teniendo.

El paciente no encuentra la causa por el cual le está ocurriendo estos dolores y comezón en la espalda, no posee información acerca de lo que le aqueja, lo cual genera preocupación.

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE AFILIACION

- **Apellidos Y Nombres** : Jorge A. S. S.
- **Sexo** : Varón
- **Edad** : 29 años
- **Fecha De Nacimiento** : 19/01/1987
- **Lugar De Nacimiento** : Arequipa
- **Grado De Instrucción** : Técnico - Superior
- **Estado Civil** : Soltero
- **Domicilio** : US N-4 Mateo Pumacahua
- **Informante** : El paciente
- **Fecha De Entrevista** : 11 de Julio del 2016
- **Entrevistadora** : Lizbeth Zulema Bernal Quenta

II. OBSERVACIONES GENERALES

El paciente viene al servicio de psicología por problemas referidos a la tensión, nerviosismo, sudoración de las manos y palpitaciones debidos a problemas en el trabajo y su vida personal.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas
 - ✓ Inventario clínico multiaxial de Millon II
 - ✓ Análisis caracterológico de Rene Le Senne
 - ✓ Test Proyectivo de Karen Machover “La figura humana”

IV. INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS

✓ **Inventario clínico Multiaxial de Millon II**

Interpretación cuantitativa

PATRONES CLINICOS	PUNTAJE FINAL
Antisocial	111
Agresivo Sádico	111
Pasivo Agresivo	111
PATOLOGIA	PUNTAJE FINAL
Bordeline	96
Paranoide	106
SINDROMES CLINICOS	PUNTAJE FINAL
Bipolar	105
Dependencia a Drogas	90

Interpretación Cualitativa

En cuanto a los resultados obtenidos observamos el predominio en: antisocial, agresivo sádico, pasivo agresivo, Bordeline, Paraniode, Bipolar, Dependencia a drogas, lo que nos indica que es impetuoso e irrefrenable, actuando apresurada y espontáneamente de una manera inquieta y sin reflexión, atrevido, o impulsivo hasta la imprudencia, blindado y en apariencia, invulnerable al sufrimiento; le atraen los desafíos, riesgos y daños y se mantiene impávido ante el peligro y el castigo, se resiste a cumplir las expectativas de los demás, mostrando frecuentemente conductas dilatorias: revela placer en desmoralizar y mirar las satisfacciones y aspiraciones de los demás, por otro lado desencadena un nivel de energía desordenada en explosiones repentinamente imprevistas e impulsivas, permanece vigilante para anticipar los

desprecios y decepciones previstos; es tenaz y resistente firmemente a las fuentes externas de influencia y control, en cuanto a los síndromes clínicos encontramos que recurre a las drogas para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

✓ **Análisis caracterológico de Rene Le Senne**

Tipo: PASIONAL

Los resultados muestran que es una persona de actitud enérgica y constante, su iniciativa así como sus sentimientos y pasiones son muy fuertes. Su rigor lógico en el pensamiento, memoria, capacidad de invención y eficacia en la ejecución lo capacitan para las grandes empresas, sus aspiraciones son siempre muy grandes. Es apto para casi todas las carreras superiores menos para el arte.

✓ **Test Proyectivo de Karen Machover “La figura humana”**

Interpretación Cualitativa

Muestra la boca es de línea amplia, tornada hacia arriba donde el efecto de un payaso. Esto es interpretado como un esfuerzo por ganar aprobación o un afecto inapropiado, el pelo del hombre es cuidadoso y el de la mujer abundante esto demuestra que es psicosexualmente inmaduro, a su vez indica narcisismo y / o hostilidad hacia la mujer, la nariz se relacionan bastante con los temores de castración a causa de prácticas onanistas, brazos y manos colocadas detrás vigorosamente sugiere culpabilidad con relación a impulsos agresivos, los senos grandes o pequeños muestran deseos de madurez y desarrollo como la madre o timidez y/o temor a la madurez, caderas y nalgas línea exagerada de las caderas puede indicar conciencia de poder por el amplio desarrollo pélvico, línea de cintura es normal sugiere madurez emocional, las ropas preocupación por la figura corporal, en el tema la figura es de más edad

puede sugerir entonces una identificación con la imago de los padres.(del propio sexo), en el tamaño y colocación está a la izquierda es que se halla orientada por sí mismo y relacionada con el optimismo, identificadores de conflicto se suprimió las manos, borraduras considerados como una expresión de ansiedad.

V. RESUMEN

Después de haber analizado los datos del paciente se pudo apreciar que proviene de una familia disfuncional, en donde hubo carencia afectiva, problemas familiares, llegando al maltrato tanto físico como psicológico, la falta de comunicación, el no poder expresar lo que siente conllevo a estructurar rasgos de personalidad de dependencia.

Ya en la adolescencia el estar solo hizo que entrara en depresión y a la vez sintiera ansiedad. A pesar de ser una persona activa no podía desenvolverse como tal, por miedo a lo que pudiera pasar a futuro. Por otro lado el haber tenido carencia afectiva en casa conllevo a que sea una persona dura, de pocos sentimientos hacia las personas. A pesar que su padre consumía alcohol y haber fallecido producto de una caída, el paciente manifiesta no haber sentido tristeza por su muerte.

La comezón y dolor en la espalda se hizo más visible, debido a las obligaciones en el trabajo, el ser exigente consigo mismo, el no fallar, hacían que se sienta estresado, mal humorado, quería sentirse capaz de realizar su trabajo sin ningún contratiempo. Por otro lado sentía tristeza de no tener a su familia completa, ya que su hermana mayor está viviendo en el extranjero con sus sobrinos.

Por otro lado los resultados de las pruebas nos indica que Jorge es una persona con mucha energía, actuando muchas veces de manera apresurada sin pensar en las consecuencias, impulsivo hasta llegar a la imprudencia, no le cocha el sufrimiento de los demás; le atraen los desafíos, es valiente ante

el peligro y el castigo, se resiste a cumplir las expectativas de los demás: se siente bien cuando revela placer en desalentar y mirar las satisfacciones y aspiraciones de los demás, por otro lado desencadena un nivel de energía desordenada en explosiones repentinamente, imprevistas e impulsivas, permanece vigilante para anticipar los desprecios y decepciones previstos; es tenaz y resistente firmemente a las fuentes externas de influencia y control, en cuanto a los síndromes clínicos encontramos que recurre a las drogas (Alcohol) para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

El tipo de personalidad que presenta Jorge es pasional lo que muestra que es una persona de actitud enérgica y constante, su iniciativa así como sus sentimientos y pasiones son muy fuertes. Su rigor lógico en el pensamiento, memoria, capacidad de invención y eficacia en la ejecución.

Se puede apreciar que presenta una madurez emocional adecuada, hace el esfuerzo por ganar aprobación o un afecto inapropiado, presenta tensión sexual, siente culpabilidad en relación a sus impulsos agresivos, se halla orientado por sí mismo y relacionado con el optimismo, presenta ansiedad.

HOJA DE RESPUESTAS - MILLON-II

Nombres y Apellidos: Jorge A SS Edad: 29
 Fecha de Nacimiento: 19-01-87 Estado Civil:
 Fecha de Evaluación:
 Grado de Instrucción:
 Evaluador:

MARQUE CON ASPA LA RESPUESTA (V = VERDADERO; F = FALSO)
QUE MEJOR LE DESCRIBA A UD. Y A SU MANERA DE SER

1	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>V</td><td>F</td></tr><tr><td></td><td>X</td></tr></table>	V	F		X
V	F																																		
	X																																		
V	F																																		
	X																																		
V	F																																		
	X																																		
V	F																																		
	X																																		
V	F																																		
	X																																		
V	F																																		
	X																																		
V	F																																		
	X																																		
2	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
3	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
4	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
5	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
6	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
X																																			
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
7	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
8	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
9	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
10	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
11	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
X																																			
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
12	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
13	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
14	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
15	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
16	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
X																																			
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
17	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
18	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
19	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
X																																			
20	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
21	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
X																																			
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
22	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
23	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
24	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
25	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
46	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td>X</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>	X				<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
X																																			
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
47	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
48	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
49	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
50	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X			<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td></td><td>X</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		X		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
	X																																		
71	<table border="1" style="border-collapse:																																		

Escalas de Validez					PUNTAJE FINAL	
V	Validez	0	=	Válido		
X	Sinceridad	557	=	Válido	232	X
Y	Deseabilidad Social	15	=		72	Y
Z	Autodescalificación	13	=		65	Z

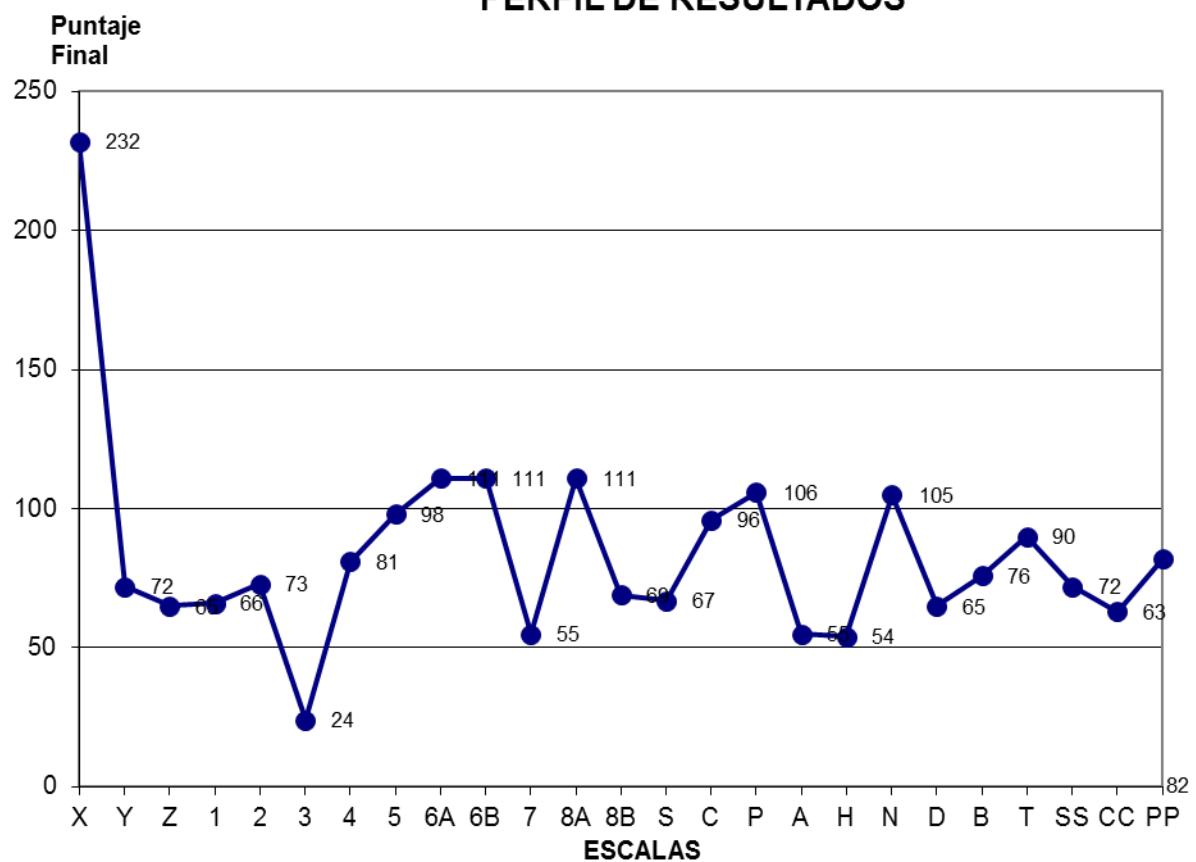
Patrones clínicos de personalidad	PUNTAJE Bruto	PUNTAJE BR	FACTOR X X1/2		AJUSTES DA DD DC-1 DC-2 Pac.				PUNTAJE FINAL	
			X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	
1 Esquizoide	26	76	66							66 1
2 Evitativo	28	83	73		73					73 2
3 Dependiente	20	34	24							24 3
4 Histriónico	49	91	81							81 4
5 Narcisita	59	108	98							98 5
6A Antisocial	59	121	111							111 6A
6B Agresivo-sádico	67	121	111							111 6B
7 Compulsivo	39	65	55							55 7
8A Pasivo-agresivo	61	121	111							111 8A
8B Autoderrotista	31	79	69		69					69 8B

Patología severa de personalidad										
S	Esquizotípico	30	71		66	67	67	67		67 S
C	Borderline	55	100		95	95	96	96	96	96 C
P	Paranoide	58	111		106			106	106	106 P

Síndromes clínicos										
A	Ansiedad	9	64	54		55	55	55		55 A
H	Somatoformo	19	63	53		54	54	54		54 H
N	Bipolar	45	115	105						105 N
D	Distimia	22	74	64		65	65	65		65 D
B	Dependencia de alcohol	33	86	76						76 B
T	Dependencia de drogas	55	100	90						90 T

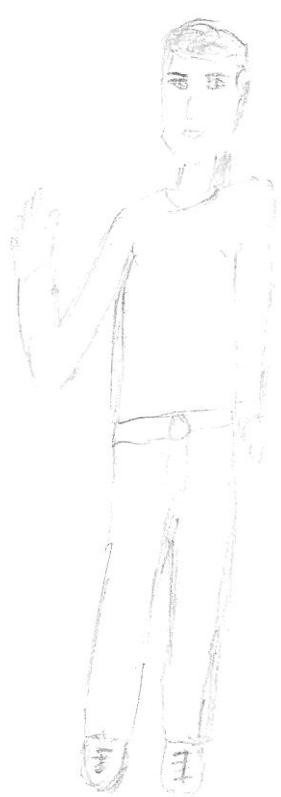
Síndromes severos										
SS	Desorden del pensamiento	27	72		67		72	72		SS
CC	Depresión mayor	18	61		56		63	63		CC
PP	Desorden delusional	28	85		80		82	82		PP

PERFIL DE RESULTADOS





2



INFORME PSICOLOGICO

I. DATOS GENERALES

- **Apellidos Y Nombres** : Jorge A. S. S.
- **Sexo** : Varón
- **Edad** : 29 Años
- **Fecha De Nacimiento** : 19/01/1987
- **Lugar De Nacimiento** : Arequipa
- **Grado De Instrucción** : Superior
- **Estado Civil** : Soltero
- **Domicilio** : Us N-4 Mateo Pumacahua
- **Informante** : El Paciente
- **Fecha De Entrevista** : 3,07.16;5,7.16;11,7.16;18,7.16
25, 7.16.
- **Entrevistadora** : Lizbeth Zulema Bernal Quenta

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente viene al centro de salud el 03 de julio del 2016, por dolores y comezón en la parte superior derecha de la espalda, es derivado del servicio de Medicina al servicio de Psicología, debido a que no se encontró ningún problema que diera con el dolor en el cliente. El cliente manifiesta tener preocupaciones en el ámbito laboral, porque tiene mucha presión por parte de sus superiores y a su vez tiene a su cargo un número determinado de personas, y por otro lado la familia, el no estar todos en el mismo país lo pone triste. Y esto conlleva a que tenga mal humor, este estresado, se sienta cansado, irritado, a veces sin ganas de hacer nada.

III.TECNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas Psicológicas
 - ✓ Inventario Clínico Multiaxial de Millon II

- ✓ Análisis Caracterológico de Rene Le Senne
- ✓ Test Proyectivo de Karen Machover “La figura humana”

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Jorge no fue planificado por sus padres, durante la gestación no ha presentado ninguna complicación, pesó aproximadamente 3.400, el cual se llevó acabo en el hospital Honorio Delgado Espinoza. Durante el primer año de vida Jorge vivió con su madre y hermanas su alimentación fue adecuada. Hasta los 2 años y medio se orinó en la cama. Al año y medio comenzó a controlar las heces. Durante los primeros años dormía bastante y en algunas oportunidades cuando tenía 4 años hablaba dormido.

Ingresó al jardín a los 5 años, no le costó adaptarse a esta nueva etapa. La educación primaria transcurrió sin problemas, aunque se le conocía por ser un niño juguetón con sus compañeros, su rendimiento en la escuela fue óptimo ocupando los primeros puestos hasta la culminación de la primaria. Al iniciar la secundaria, su desempeño académico fue dentro de lo normal, dedicó más tiempo a estar con sus amigos, principalmente en los últimos años, refiere que fue uno de los alumnos más extrovertidos de su promoción.

Estudió en la Universidad Nacional de San Agustín ingeniería en Metalurgia, donde tuvo un rendimiento dentro de lo normal, no destaca como lo hizo en la primaria.

Es el único hijo varón, empezó a notar los primeros cambios corporales a los 12 años y a los 15 años su tono de voz cambio, tuvo su primera relación coital a los 17 años, con su primera enamorada, estuvo con ella un promedio de 4 años, terminó con ella porque tenía que irse al extranjero, tuvo una relación con una extranjera la cual duró un año debido a las infidelidades que él cometía, en su siguiente relación él quería ya formar una familia pero no le fue del todo bien porque hubo agresiones físicas y verbales por ambas partes y decidieron dejar la relación.

Cuando tenía aproximadamente 8 años hubo bastante maltrato físico y psicológico dentro de su hogar, su padre venia ebrio y discutía con su madre, llegando muchas veces a los gritos y a los golpes, Jorge manifiesta que se escondía por temor a que también lo golpearan, en ese momento indica que se escondía debajo de la cama, le temblaba las manos, lloraba, se sentía solo, quería que ya se acabe la bulla. Quien se encargaba de su cuidado y educación era su hermana mayor, quien le enseño a ser una persona fuerte y tratar de que no le afecte nada. Jorge manifiesta que de niño no recibió el afecto y la comprensión que necesitaba, ya que tenía que callar lo que sentía. Su hermana no lo dejaba salir a jugar con sus amigos porque no quería que se eche a perder, ante esta acción Jorge sentía angustia, le sudaban las manos, se ponía nervioso, triste de no poder salir a jugar con sus amigos. En ocasiones su padre venía a su casa y lo llevaba a los bares donde ingería bebidas alcohólicas, Jorge manifiesta que solo observaba como tomaban, a pesar de ello se sentía incómodo, le sudaban las manos, le dolía el estómago, quería escapar pero no podía porque su padre lo observaba. Cuando acabo la secundaria no sabía que iba a estudiar se sentía confundido, preocupado, tenso, cabizbajo, le hicieron orientación vocacional donde salía que podía estudiar ingenierías pero no especificaba a cual. Ya en la academia su hermana mayor se fue al extranjero llevándose a su madre y hermana, es por esta razón que Jorge se queda solo en Arequipa. En ese tiempo se sentía triste, más solo que nunca, si antes no contaba cómo se sentía, esta vez tenía más sentimientos encontrados, la angustia lo invadía, el nerviosismo, le sudaban las manos, tenía tensión muscular en la espalda, pero aun así trataba de ser fuerte, es por esta razón que trataba de no estar en casa por mucho tiempo porque le entraba mucha nostalgia.

En cuanto a su alimentación Jorge come lo necesario. No le gusta comer en exceso. En lo que se refiere al sueño manifiesta que había temporadas donde no dormía bien, se quedaba despierto hasta las 3 a 4 de la mañana, pensando en todo, el que haría mañana, pensaba en su familia en como estarán, a veces lloraba porque las extrañaba demasiado, se sentía desprotegido. Bebía alcohol esporádicamente, porque no quería acabar como su padre.

Jorge manifiesta que tenía que irse al extranjero a encontrarse con su madre y sus hermanas, trayendo consigo preocupación, angustia porque no sabía que le esperaba allá, es allí donde sintió por primera vez sintió comezón en la espalda según manifiesta trataba de no hacerle caso, tenía miedo ser inútil allá, por otro lado sentía tristeza de dejar todo aquí, tenía miedo al cambio que iba a tener. Una vez allá realizaba trabajos pequeños de dos días por semana en construcción o de topografía. A pesar de estar con la familia completa, le costó adaptarse a las nuevas costumbres.

Al regresar a Perú, por trabajo, empezó a sentirse estresado, cansado, la bulla lo incomodaba, se sentía triste porque dejó a sus sobrinos y hermana allá, el dolor y comezón aparecía cada cierto tiempo el paciente dice que no le daba importancia por eso desaparecía esos síntomas, por otro lado tenía la presión en la minera donde trabajaba, Jorge manifiesta que se irrita con facilidad, está muy atento a cualquier problema que podría pasar en el trabajo y esto lo ponía tenso. El dolor y comezón volvieron a manifestarse por varias semanas, eh incluso empezó a sentirse mal del estómago teniendo que evacuar cada rato al baño, fue al médico donde le dijeron que tenía escoliosis, pero que no tenía nada que ver la comezón y el dolor en la parte derecha superior de la espalda.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

Paciente de 29 años, no aparenta la edad que tiene, de estatura regular, contextura delgada, tez trigueña, vestido adecuadamente, su expresión facial demuestra cierta angustia. El tono de voz que tiene el paciente es adecuado, dirige la mirada sin problemas a la psicóloga en el momento de la entrevista. Se pudo apreciar que se encontraba en un estado de ánimo algo decaído con cierta manifestación al desgano, perturbación, en algunos momentos estaba a la defensiva, tratando de ayudar todo lo que se pueda en el momento de la consulta.

Su estado de alerta es adecuado en algunos momentos, ya que se distraía, está orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta una adecuada atención,

ya que muestra la debida concentración en la entrevista y al realizar las pruebas.

Sus respuestas son coherentes. Su lenguaje y su pronunciación son bien articulados, tono de voz normal y pausada, el contenido de sus oraciones es coherente y su conversación, su lenguaje comprensivo, así mismo comprende todas las indicaciones y órdenes dadas por el evaluador.

Así mismo en cuanto al contenido se aprecian ciertas ideas sobrevaloradas. El evaluado presenta un buen nivel de análisis y abstracción. En cuanto a la formación de juicios y raciocinio se observa un adecuado razonamiento.

Es capaz de reconocer correctamente los estímulos correctos, discriminándolos adecuadamente, discrimina las distancias, tamaños y formas correctamente. Su memoria es adecuada ya que manifiesta ordenadamente y acertadamente su nombre, edad, aspectos personales y familiares, así como conocimientos generales.

Posee conocimientos generales, acorde a su grado de instrucción, su cultura general es adecuada, posee la capacidad para realizar operaciones aritméticas. Se encuentra algo preocupado, tenso, nervioso por el problema que está padeciendo, no le gustan los síntomas que está teniendo.

El paciente no encuentra la causa por el cual le está ocurriendo estos dolores y comezón en la espalda, no posee información acerca de lo que le aqueja, lo cual genera preocupación.

VI. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Después de haber analizado los datos del paciente, se pudo apreciar que proviene de una familia disfuncional, en donde hubo carencia afectiva, problemas familiares, llegando al maltrato tanto físico como psicológico, la falta de comunicación, el no poder expresar lo que siente conllevo a estructurar rasgos de personalidad de dependencia.

Ya en la adolescencia el estar solo hizo que entrara en depresión y a la vez sintiera ansiedad. A pesar de ser una persona activa no podía desenvolverse como tal, por miedo a lo que pudiera pasar a futuro. Por otro lado el haber

tenido carencia afectiva en casa conllevo a que sea una persona dura, de pocos sentimientos hacia las personas. A pesar que su padre consumía alcohol y haber fallecido producto de una caída, el paciente manifiesta no haber sentido tristeza por su muerte.

La comezón y dolor en la espalda se hizo más visible, debido a las obligaciones en el trabajo, el ser exigente consigo mismo, el no fallar, hacían que se sienta estresado, mal humorado, quería sentirse capaz de realizar su trabajo sin ningún contratiempo. Por otro lado sentía tristeza de no tener a su familia completa, ya que su hermana mayor está viviendo en el extranjero con sus sobrinos.

Por otro lado los resultados de las pruebas nos indica que Jorge es una persona con mucha energía, actuando muchas veces de manera apresurada sin pensar en las consecuencias, impulsivo hasta llegar a la imprudencia, no le cocha el sufrimiento de los demás; le atraen los desafíos, es valiente ante el peligro y el castigo, se resiste a cumplir las expectativas de los demás: se siente bien cuando revela placer en desalentar y mirar las satisfacciones y aspiraciones de los demás, por otro lado desencadena un nivel de energía desordenada en explosiones repentinamente, imprevistas e impulsivas, permanece vigilante para anticipar los desprecios y decepciones previstos; es tenaz y resistente firmemente a las fuentes externas de influencia y control, en cuanto a los síndromes clínicos encontramos que recurre a las drogas (Alcohol) para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

El tipo de personalidad que presenta Jorge es pasional lo que muestra que es una persona de actitud enérgica y constante, su iniciativa así como sus sentimientos y pasiones son muy fuertes. Su rigor lógico en el pensamiento, memoria, capacidad de invención y eficacia en la ejecución.

Se puede apreciar que presenta una madurez emocional adecuada, hace el esfuerzo por ganar aprobación o un afecto inapropiado, presenta tensión

sexual, siente culpabilidad en relación a sus impulsos agresivos, se halla orientado por sí mismo y relacionado con el optimismo, presenta ansiedad.

VII. DIAGNOSTICO

Teniendo en cuenta los hallazgos encontrados anteriormente mencionados es que llegamos a la conclusión de que Jorge presenta actualmente trastorno mixto depresivo ansioso (F41.2) con cuadros de somatización (F45.0.) con base a la sintomatología presentada por el CIE-10. Debido a las constantes preocupaciones que tiene y a las dolencias físicas que le suelen aparecer cada cierto tiempo. Por otro lado los cambios emocionales también resaltan en este problema de manera constante, el sentirse ansioso y triste hacen que el paciente no pueda exteriorizar lo que siente, por lo tanto conlleva a que reaccione impulsivamente.

VIII. PRONOSTICO

El pronóstico es reservado, porque no se puede predecir la evolución futura.

IX. RECOMENDACIONES

- Se le recomienda al paciente visitar a otros especialistas de la salud (psiquiatra) para trabajar conjuntamente y así solucionar más rápido el problema que está padeciendo.
- Es recomendable que asista a terapias de relajación para que pueda canalizar y aprender a controlar su organismo ante situación inesperadas.
- Se le recomienda al paciente realizar psicoterapia cognitivo conductual, asertividad, reestructuración cognitiva para poder mitigar la ansiedad, depresión y los cuadros de somatización y así mejorar su estado y pueda tener una vida más sana tanto mental como física.
- Mediante técnicas terapéuticas se ayudará al paciente a desarrollar la flexibilidad del temperamento, así como exteriorizar sus pensamientos y

sentimientos de manera más abierta para que elimine la represión emocional que presenta y esto le ayudara cuando se presente situaciones cotidianas tanto en el ámbito familiar como laboral.

- Se le aconseja a Jorge practicar constantemente algún tipo de deporte, para que pueda utilizar su energía, y así pueda canalizar sus impulsos afectivos para que pueda estar más tranquilo y así desarrollar sus actividades.

Lizbeth Zulema Bernal Quenta

Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

- **Apellidos Y Nombres** : Jorge A. S. S.
- **Sexo** : Varón
- **Edad** : 29 Años
- **Fecha De Nacimiento** : 19/01/1987
- **Lugar De Nacimiento** : Arequipa
- **Grado De Instrucción** : Superior
- **Estado Civil** : Soltero
- **Domicilio** : Us N-4 Mateo Pumacahua
- **Informante** : El Paciente
- **Fecha De Entrevista** : 25/07/2016
- **Entrevistadora** : Lizbeth Zulema Bernal Quenta

II. DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Una vez analizados todos los exámenes realizados a Jorge podemos apreciar que el problema lo arrastra desde que era niño y estoy conllevo a que adquiera rasgos de personalidad no adecuados para su desenvolvimiento laboral como personal. Esto conlleva a que Jorge necesite psicoterapia para poder modificar pensamientos y conductas inapropiadas, así como el mitigar los síntomas del trastorno mixto (depresión, ansiedad) y los cuadros de somatización.

El paciente viene al centro de salud el 03 de julio del 2016, por dolores y comezón en la parte superior derecha de la espalda, es derivado del servicio de Medicina al servicio de Psicología, debido a que no se encontró ningún problema que diera con el dolor en el cliente. El cliente manifiesta tener preocupaciones en el ámbito laboral, porque tiene mucha presión por parte de sus superiores y a su vez tiene a su cargo un número determinado de

personas, y por otro lado la familia, el no estar todos en el mismo país lo pone triste. Y esto conlleva a que tenga mal humor, se estrese, se sienta cansado, irritado, a veces sin ganas de hacer nada.

III. OBJETIVO GENERAL

Contrarrestar el trastorno mixto y la somatización que presenta Jorge, logrando un mejor manejo de su carácter y sus habilidades dentro del ambiente familiar, así como también durante situaciones preocupantes e inesperadas del entorno social.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Mitigar los síntomas del trastorno mixto y de la somatización (activación fisiológica y tensión muscular) mediante técnicas de relajación.
- Sustituir sus respuestas pasivas (realizar peticiones de otros que no desea hacer, no participar en conversaciones, etc.) y agresivas (reclamaciones, exigencias, etc.) por otras asertivas.
- Modificar sesgos cognitivos: afirmaciones “debería”: Exigencia sobre su propio comportamiento y el de los demás. Necesidad de control y baja tolerancia a la incertidumbre.
- Desarrollar Habilidades sociales para un mejor desenvolvimiento en la sociedad.
- Controlar y canalizar la ira mediante técnicas terapéuticas.

V. DESCRIPCIÓN DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO

A continuación describiremos el contenido y descripción del plan psicoterapéutico que consta de 5 módulos:

MÓDULO 1: REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Nº DE SESION	TECNICA	OBJETIVO
Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Observación sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enseñar técnicas de relajación para que el paciente pueda aprender a afrontar sus estados de depresión y ansiedad ante situaciones cambiantes. ✓ Establecer metas sobre lo que él desea mejorar durante el transcurso de la psicoterapia.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> • Observación sistemática • Relajación • Flooding 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con la técnica de relajación. ✓ Aplicar la técnica de “Flooding” para ir eliminando sus preocupaciones.
Tercera	<ul style="list-style-type: none"> • Observación sistemática • Relajación • Flooding 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar técnicas de relajación y de la técnica del flooding para que pueda desarrollar con mayor facilidad el control de sus emociones y situaciones.
Cuarta	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva. • Entrenamiento en respiración abdominal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer técnicas de relajación para un mejor manejo de las emociones. ✓ Modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones

		subjetivas que hacemos acerca del entorno.
Quinta	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restructurar “deberías” sobre los demás y sobre ella. ✓ Restructurar distorsión cognitiva “personalización”.
Sexta	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración Cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reestructurar distorsiones cognitivas: “lector de mentes” e “inferencias arbitrarias” en interacciones sociales.

MÓDULO 2 : HABILIDADES SOCIALES APRENDIENDO A COMUNICARNOS

Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Role Playing. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear habilidades elementales que les permita aprender a escuchar a los demás. ✓ Resaltar la importancia de saber escuchar para una buena comunicación.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Role Playing. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lograr que utilice mensajes con claridad y precisión que les permita un mejor entendimiento con las personas.
Tercera	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Role Playing. • Juego de roles. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diferenciar los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo. ✓ Entrenar al paciente en la utilización de la comunicación asertiva.

Cuarta	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación • Role Playing. • Juego de roles. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar en los y las participantes la importancia de la aceptación asertiva de elogios. ✓ Favorecer que los y las participantes ofrezcan y reciban comentarios positivos en diferentes entornos.
--------	--	--

MÓDULO 3 : CONTROL DE IRA

Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Control de ira. • Relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifique los pensamientos que anteceden a una reacción de ira a fin de controlarla.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> • Control de ira. • Relajación. • Role Playing. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Practicar el uso de auto instrucciones para ayudarles a controlar su ira.
Tercera	<ul style="list-style-type: none"> • Control de ira. • Relajación. • Role Playing. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evidenciar que cambiando los pensamientos sobre la situación puede cambiar sus sentimientos.

MÓDULO 4: HABILIDADES SOCIALES, ASERTIDAD Y MODELAMIENTO Y MODELADO.

Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales y asertividad: Modelado y • Moldeamiento. • Parada de pensamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en habilidades conversacionales (tomar turno de palabra) y en hacer críticas. ✓ Entrenamiento en parada de pensamiento.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> • entrenamiento en HHSS y asertividad • Modelado, moldeamiento, refuerzo positivo y feedback. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en habilidades conversacionales (terminar conversaciones) y hacer críticas.

MÓDULO 6: SEGUIMIENTO.		
Primera	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista abierta. • Reestructuración Cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar a la aplicación de estrategias que ya tiene: reestructuración cognitiva y habilidades asertivas. ✓ Incidir en reestructuración cognitiva.
Segunda	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista abierta. • Reestructuración Cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. ✓ Afrontamiento de problemas futuros. ✓ Incidir en reestructuración de “error del adivino”.

VI. MODULOS Y TECNICAS

MÓDULO 1 REESTRUCTURACION COGNITIVA

SESION N°1

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none">❖ Relajación❖ Observación sistemática
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Enseñar técnicas de relajación para que el paciente pueda aprender a afrontar sus estados de ansiedad ante situaciones cambiantes así como la ira.✓ Establecer metas sobre lo que él desea mejorar durante el transcurso de la psicoterapia.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">- Lapicero.- Hojas bond.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none">• Al ingresar al paciente a la sesión, se le explica el problema que se ha encontrado mediante las evaluaciones realizadas. Seguidamente se comenzará realizando ejercicios de respiración y relajación, para que la tensión se reduzca y así se pueda empezar con la elaboración de metas para el desarrollo de la psicoterapia.• Aquí se colocara todo aquello que el paciente quiere cambiar y aquellas conductas que deseé mejorar, los ejercicios se irán realizando de manera progresiva a lo largo de todas las sesiones.

SESION N°2

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observación sistemática ❖ Relajación ❖ Flooding
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Continuar con la técnica de relajación. ✓ Aplicar la técnica de “Flooding” para ir eliminando sus preocupaciones.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • La sesión comienza con el saludo con el paciente, se realiza nuevamente el proceso de relajación y se comienza con las metas establecidas por el paciente a través de la restructuración cognitiva. • También se aplicara la técnica del flooding que nos ayudara para trabajar con los temores que presenta el paciente. • También se dejaran algunas tareas para la casa, para que el paciente no deje de lado lo trabajado durante esta sesión ya que sería como reforzador constante dentro de la familia.

SESION N°3

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Observación sistemática ❖ Relajación ❖ Flooding
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	Aplicar técnicas de relajación y de la técnica del flooding para que pueda desarrollar con mayor facilidad el control de sus emociones y situaciones.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se comenzara con el ingreso del paciente, se le preguntara sobre la tarea dejada para su casa, algunos comentarios acerca de la sesión anterior y alguna duda respecto a algún cambio. Se comenzara con la técnica de relajación la cual se dará de manera progresiva. Seguidamente se aplicara la técnica del flooding con los temores ya trabajados. • A medida que se avanza con las sesiones se verán cambios, cada meta se ira trabajando al culminar la anterior, por lo cual el tratamiento será un poco largo pero satisfactorio para la eliminación de su ansiedad.

SESION N°4

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración Cognitiva. ❖ Entrenamiento de la técnica de relajación.
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer técnicas de relajación para un mejor manejo de las emociones. ✓ Modificar el modo de interpretar las cosas, el tipo de pensamiento y las valoraciones subjetivas que hacemos acerca del entorno.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se comenzará con el ingreso del paciente, se explica su análisis funcional, cómo se había originado el problema y cómo se estaba manteniendo. Para luego proceder con la sesión de hoy. • Se le pide al paciente que cierre los ojos para que empiece con la respiración y pueda relajarse poco a poco. Una vez relajado se le pide al paciente que traiga a la mente episodios negativos que le causan ansiedad o cualquier otro tipo de perturbación emocional para luego pasar a sustituirlo con pensamientos más racionales y así poder mitigar poco a poco los síntomas que prevalecen en él. • Se le pide al paciente que practique esta técnica cada vez que tenga este tipo de sensación. Para luego continuar con la siguiente sesión.

SESION N°5

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reestructuración Cognitiva.
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Restructurar “deberías” sobre los demás y sobre ella. ✓ Restructurar distorsión cognitiva “personalización”.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lapicero. - Hoja bond.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se comenzó por enseñar a identificar las distorsiones cognitivas y explicar el efecto que tiene en cómo nos sentimos. El paciente había anotado en un auto-registro varias situaciones ante las que había experimentado irritabilidad y se le mostró que en todas ellas otras personas se habían comportado de forma distinta a cómo a ella le gustaría. Se le explicó cómo ponía su criterio de “perfección” para medir lo que hacían los demás sin respetar que los demás podía tener otro criterio de actuación y tenían derecho a actuar de la forma en que lo hacían. Se explicó que, además, las personas tienen derecho a equivocarse. Después, se enseñó a buscar interpretaciones alternativas a las afirmaciones “debería” que establecía sobre los demás. • Como muestra de su toma de conciencia, el paciente expresó que ella tampoco era perfecta y se lo estaba exigiendo a los demás y que se estaba dando cuenta de que ella tampoco respetaba los derechos de los demás.

- A continuación, se incidió en la importancia de cambiar su comportamiento en ciertas relaciones sociales. Se explicó lo que son las habilidades sociales, los tres estilos de conducta interpersonal (pasivo, agresivo y asertivo) y los derechos asertivos. Se finalizó la sesión explicando la técnica de la respiración abdominal. Se explicó el objetivo y el beneficio de la técnica y se entrenó el procedimiento de aplicación. Se informó de que era necesario entrenarla durante cuatro semanas en las que se irían modificando las condiciones de la práctica de situaciones más tranquilas a más desfavorables. Como tarea entre sesiones se pidió que practicara la respiración abdominal I (respiración sentada en un lugar tranquilo durante 10 minutos).

SESION N°6

TECNICA A UTILIZAR	❖ Reestructuración Cognitiva.
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	✓ Reestructurar distorsiones cognitivas: “lector de mentes” e “inferencias arbitrarias” en interacciones sociales.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez que el paciente ingreso al servicio de Psicología se le preguntó si no había tenido ningún episodio de irritabilidad a lo largo de la semana. • En esta sesión se incidió en la reestructuraron de afirmaciones “deberías” centradas en ella misma: “no debo equivocarme”; de personalización: “me equivoqué al elegir marido, trabajo y lugar de residencia porque no ha salido como me gustaría”. Se mostró cómo algunas de las dificultades experimentadas habían sido derivadas de los “deberías” como incapacidad para delegar tareas en otras personas, para posponer tareas y para tomar decisiones por miedo a equivocarse. Como tarea para casa se le pidió entrenar la respiración abdominal II (en situaciones cotidianas: andando, delante del ordenador...) e identificar y modificar pensamientos irracionales.

MODULO N° 2

HABILIDADES SOCIALES

APRENDIENDO A COMUNICARNOS

La comunicación es el fundamento de toda la vida social. Si se suprime en un grupo social, el grupo deja de existir. En efecto, desde el momento de su nacimiento hasta el de su muerte, la persona establecerá intercambios de ideas, sentimientos, emociones, entre otras. Se trata de una actividad compartida que, necesariamente, relaciona a dos o más personas.

Una buena comunicación es el resultado de las habilidades aprendidas durante la infancia y la niñez, por la influencia positiva de los padres y educadores. Sin embargo también puede desarrollar mediante un entrenamiento sistemático como el que presentamos a continuación.

OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar en los y las participantes habilidades para una adecuada comunicación, permitiendo mejorar sus relaciones interpersonales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Crear habilidades elementales que les permita aprender a escuchar a los demás.
- Resaltar la importancia de saber escuchar para una buena comunicación.
- Lograr que utilice mensajes con claridad y precisión que les permita un mejor entendimiento con las personas.
- Diferenciar los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y assertivo.
- Entrenar al paciente en la utilización de la comunicación asertiva.
- Favorecer que los y las participantes ofrezcan y reciban comentarios positivos en diferentes entornos.

SESION N°1

APRENDIENDO A ESCUCHAR

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relajación ❖ Contar la Historia.
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear habilidades elementales que les permita aprender a escuchar a los demás. ✓ Resaltar la importancia de saber escuchar para una buena comunicación.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz. - Cartillas 1 y 2. - Hoja bond.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales del módulo anteriormente desarrollado.</p> <p>Se le aplicará la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le explicará al paciente en qué consiste la sesión de hoy para que pueda participar sin problemas.</p> <p>Una vez realizado esto se empezará con la sesión contándole una historia. Para luego pedirle al paciente que narre la misma historia que se le contó.</p> <p>En esta parte nos daremos cuenta si el paciente sabe escuchar o no y analizaremos el porqué de esto.</p> <p>Luego procederemos a entregarle unas cartillas para que ponga en práctica las habilidades de saber escuchar.</p>

SESION N°2

UTILIZANDO MENSAJES CLAROS Y PRECISOS

TECNICA A UTILIZAR	❖ Relajación ❖ Role Playing..
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	✓ Lograr que los y las participantes utilicen mensajes con claridad y precisión que les permitan un mejor entendimiento con las personas.
MATERIALES	- Lapicero. - Cartillas 3 y 4. - Hoja bond.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales de la sesión anterior.</p> <p>Se le aplicara la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le explicará al paciente en que consiste la sesión de hoy para que puede participar sin problemas.</p> <p>Una vez realizado esto se le entregara la cartilla 3 para que pueda dibujar de acuerdo a lo que se le indique, no podrá preguntar mas solo estar atento a lo que se le pide.</p> <p>Una vez acabado esto se le pide al paciente que nos diga porque dibujo esto y que mensaje nos quiere dar.</p>

SESION N°3

ESTILOS DE COMUNICACION

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none">❖ Relajación❖ Role Playing.❖ Juego de roles.
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Diferenciar los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo.✓ Entrenar a los y las participantes en la utilización de la comunicación asertiva.
MATERIALES	- Cartillas 5 y 6.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales de la sesión anterior.</p> <p>Se le aplicara la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le explicará al paciente en que consiste la sesión de hoy para que pueda participar sin problemas.</p> <p>Una vez realizado esto le contara una situación donde:</p> <p>“Pedro llega a su casa y se da cuenta que su hermano Juan se ha puesto su camisa nueva” (se cambiará la situación con nombres de mujer y blusa en caso los integrantes sean mujeres).</p> <p>Se le indicara al paciente que responda de una manera pasiva, es decir que tiene cólera pero no dice nada. Después nos dará una respuesta agresiva y por ultimo nos dará una respuesta adecuada ante la situación.</p>

Después de esto se le preguntara al paciente
¿Cuáles son las diferencias entre cada una de ellas?
Después de este pequeño ejemplo pasaremos a explicarle la
importancia de saber comunicarnos.
Posteriormente pasaremos a entregarle unas cartillas y que
mediante estas identifique los modos de comunicación ante
cualquier situación

SESION N°4
EXPRESION Y ACEPTACION POSITIVA

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Relajación ❖ Role Playing. ❖ Juego de roles.
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar la importancia de la aceptación asertiva de elogios. ✓ Favorecer que los y las participantes ofrezcan y reciban comentarios positivos en diferentes entornos.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Cartilla 7. - Hoja Bond. - Lapicero.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales de la sesión anterior.</p> <p>Se le aplicara la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le explicará al paciente en que consiste la sesión de hoy para que pueda participar sin problemas.</p> <p>Se le indicara al paciente que en una hoja escriba tres comentarios positivos sobre personas que conozca en el trabajo, no solo enfocándose en sus aspectos físicos únicamente sino también en las características de su comportamiento.</p> <p>Luego se le preguntara que sintió al escribir esos elogios a estas personas. El paciente nos demostrara sus pensamientos y ver si se sintió presionado.</p>

Luego pasaremos a entregarle la cartilla para que sepa la diferencia en darnos cuanta como puede reaccionar la persona ante los halagos tanto de manera gestual, verbal.

Después de este taller se le pide al paciente que aplique estas técnicas para que pueda mejorar su comunicación ante las demás personas.

MODULO N° 3

CONTROL DE LA IRA

La ira es una de las emociones que más frecuentemente experimentamos, que consiste en un "enfado muy violento donde casi siempre se pierde el dominio sobre sí mismo y se cometan violencias de palabra o de obra". Esto sucede porque usualmente no sabemos cómo manejarla adecuadamente. Las maneras en que la expresamos son aprendidas (en el hogar, tv, juegos, amistades o por la propia familia). Todos tenemos el derecho de sentir ira. Todos somos responsables de cómo la manejamos.

La ira tiene una enorme fuerza destructora. La ira es causa de muchas tragedias irreparables. Son muchas las personas que por un instante de ira han arruinado un proyecto, una amistad, una familia. Por eso conviene que aprendamos el manejo más apropiado de la ira, para evitar sus funestas consecuencias. El control de la ira y su expresión en conducta agresiva es esencial para una interacción social positiva. La emoción de la ira en sí no es buena ni mala. Cuando se controla y se dirige puede ser útil y cuando no, es perjudicial. Es imposible no sentir ira nunca; el problema es cuando se vive habitualmente con esta emoción y se convierte en una conducta violenta frecuentemente.

OBJETIVO GENERAL

- Reconozca y ejercite técnicas de control y exprese su ira sin dañar sus relaciones interpersonales.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identifique los pensamientos que anteceden a una reacción de ira a fin de controlarla.
- Practicar el uso de auto instrucciones para ayudarles a controlar su ira.
- Evidenciar que cambiando los pensamientos sobre la situación puede cambiar sus sentimientos.

SESION N°1

IDENTIFICANDO PENSAMIENTOS QUE ANTECEDEN LA IRA

TECNICA A UTILIZAR	❖ Control de ira. ❖ Relajación.
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	✓ Identifique los pensamientos que anteceden a una reacción de ira a fin de controlarla.
MATERIALES	- Lapicero. - Hoja bond.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales del módulo anteriormente desarrollado.</p> <p>Se le aplicara la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le leerá al paciente la siguiente situación: “Mi papá no me da permiso para ir a una fiesta por el cumpleaños de mi mejor amigo(a).”</p> <p>Ahora se les pedirá al paciente que responda en la hoja las siguientes preguntas:</p> <p>a) ¿Qué haces si te sucede eso? b) ¿Por qué reaccionarías de esta manera, cuál es tu pensamiento?</p> <p>Para que luego el paciente leyera sus respuestas.</p> <p>Seguidamente se le señalará que existen diferentes reacciones frente a diversas situaciones, y que muchas de estas respuestas tienen relación con lo que pensamos.</p>

SESION N° 2

AUTOINSTRUCCIONES

TECNICA A UTILIZAR	❖ Role Playing. ❖ Relajación.
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	✓ Practicar el uso de auto instrucciones para ayudarles a controlar su ira.
MATERIALES	- Registro de Auto instrucciones. - Hoja de representación de papeles de la ira. - Hoja Bond. - Lapicero.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales de la sesión anterior.</p> <p>Se le aplicara la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le leerá al paciente la siguiente situación: “Luis y Raúl discuten por demostrar que su equipo de fútbol es el mejor; de pronto Luis lo insulta diciéndole que es un idiota mal nacido”.</p> <p>Ahora se les pedirá al paciente que responda en la hoja las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">¿Cómo creen que reaccione Raúl frente a este insulto?¿Qué pensará Raúl?¿Qué creen que sentirá Raúl?

Para que luego el paciente leyera sus respuestas. Seguidamente se le pedirá que se ponga una situación parecida y cuál sería su reacción ante esta situación. Poco se le pedirá que se relaje para ver la respuesta ante este estímulo. Posteriormente se le pondrá en distintas situaciones para ver cuál sería su reacción.

SESION N° 3

PENSAMIENTOS SALUDABLES

TECNICA A UTILIZAR	❖ Role Playing. ❖ Relajación.
DURACION	40 Minutos.
OBJETIVOS	✓ Evidenciar que cambiando los pensamientos sobre la situación puede cambiar sus sentimientos.
MATERIALES	- Hoja de situaciones. - Hoja Bond. - Lapicero.
DESARROLLO	<p>Se saludará al paciente para luego pedirle que se siente y se comentará al paciente sobre algunas ideas principales de la sesión anterior.</p> <p>Se le aplicara la técnica de relajación para luego proceder con la sesión.</p> <p>A continuación se le leerá al paciente que imagine:</p> <p>“Imagínense que se han citado con su mejor amigo(a) y habiendo esperado hasta una hora, no llega”.</p> <p>Ahora se les pedirá al paciente que responda las siguientes preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none">¿Qué pensaste cuando estuviste esperando y no llegó?¿Qué sentiste en ese momento? <p>Para que luego el paciente se le pedirá las respuestas.</p>

	Seguidamente se le dará al paciente una situación donde se le planteara los pensamientos tanto negativos como positivos para que luego, el paciente nos dé un ejemplo.
--	--

MODULO N° 4
HABILIDADES SOCIALES, ASERTIDAD Y MODELAMIENTO Y
MODELADO.

SESION N°1

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none">❖ Habilidades sociales y asertividad: Modelado y Moldeamiento.❖ Parada de pensamiento.
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">✓ Entrenamiento en habilidades conversacionales (tomar turno de palabra) y en hacer críticas.✓ Entrenamiento en parada de pensamiento.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">- Lapicero.- Hoja bond.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none">• Antes que empiece la sesión se le hace una pequeña retroalimentación de la sesión anterior y se le pide al paciente el cómo se ha sentido en la semana pasada.• Después de esto se inicia la sesión tocando el tema de habilidades sociales sobre qué es la asertividad y cómo ésta es importante en la vida de la persona. Para esto se necesita aprender nuevas conductas que ayudara a que comprendamos y sepamos decir las cosas sin herir a las personas.• Se le pide al paciente que en una hoja haga una relación de las posibles conductas en caso que se presentara estrés o alguna otra incomodidad.• Por otro lado se le pide que escriba las posibles soluciones en este tipo de casos.• Una vez acabado se le pedirá al paciente que aplique estas conductas para que posteriormente nos cuente qué tal le fue en la siguiente sesión.

SESION N°2

TECNICA A UTILIZAR	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Entrenamiento en HHSS y asertividad ❖ Modelado, moldeamiento, refuerzo positivo Y feedback
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento en habilidades conversacionales (terminar conversaciones) y hacer críticas.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Se le preguntó al paciente como le fue con las nuevas conductas a aplicar en caso este en una situación complicada. Posteriormente en esta sesión se dedicó a entrenar la habilidad de tomar el turno de palabra para participar en una conversación, se utilizó un ejemplo de una situación frecuente en la que su madre hablaba sin parar y ella no era capaz de interrumpirla. • Como tareas para casa se le pidió que practicara la respiración abdominal (en situaciones de estrés) y que entrenara la relajación. Se propuso que pusiera en práctica la habilidad entrenada.

MÓDULO 6:
SEGUIMIENTO.
SESION N°1

TECNICA A UTILIZAR	❖ Entrevista abierta. ❖ Reestructuración Cognitiva.
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	✓ Motivar a la aplicación de estrategias que ya tiene: reestructuración cognitiva y habilidades asertivas. ✓ Incidir en reestructuración cognitiva.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none">• Una vez iniciada la sesión se comentaron las dificultades encontradas al poner en práctica la habilidad de tomar el turno de palabra.• A continuación, se inició el entrenamiento en la habilidad de expresar desagrado y pedir cambio de conducta. Se discutieron los impedimentos que presentaba el paciente para aplicarla a su vida cotidiana. Para finalizar la sesión se enseñó la técnica de parada de pensamiento. Se explicó el objetivo y la utilidad de la técnica, con el fin de aplicarla ante los pensamientos de irritabilidad que la paciente presentaba, y que duraban horas.• A continuación, se entrenó en sesión. Se pidieron las siguientes tareas para casa: entrenar relajación, entrenar la técnica de parada de pensamiento diariamente, practicar la habilidad de expresar desagrado y pedir cambio. Finalizamos el entrenamiento en respiración y, se propuso, utilizar la técnica en momentos de ansiedad.

SESION N°2

TECNICA A UTILIZAR	❖ Entrevista abierta. ❖ Reestructuración Cognitiva.
DURACION	1 hora
OBJETIVOS	✓ Reforzar estrategias aplicadas y logros mantenidos. ✓ Afrontamiento de problemas futuros. ✓ Incidir en reestructuración.
MATERIALES	No se utiliza materiales.
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none">• En esta sesión se reforzara las estrategias aplicadas en sesiones anteriores, el cómo podría afrontar una situación estresante.• Pedir al paciente que practique constantemente la reestructuración cognitiva, para que cuente con estrategias de prevención y manejo de la ansiedad.

VII. TIEMPO DE EJECUCION

El tiempo de ejecución del plan psicoterapéutico es de 3 mes y medio con una duración de 1 hora.

VIII. AVANCES TERAPEUTICOS

Se ha podido observar que en la segunda sesión hubo cierta mejoría.

ANEXOS

MODULO 2

MATERIALES

Sesión N° 1

Cartilla 1, 2.

CARTILLA N° 1

El sábado 27 de julio, Manuel nos invitó a celebrar su cumpleaños en la discoteca "Los magnéticos". A esa fiesta asistieron compañeros del 5º "G" y los chicos del 2º "F", durante la fiesta vimos con sorpresa que los mejores bailarines, fueron Sonia con William; a tal punto que, todos les rodeamos y le hicimos barra. De pronto, vimos a Manuel algo incómodo con ellos y le dijo al Disk-jockey que cambie de música y... ¡que roche! empezaron a tocar sólo cumbias lo que produjo molestia y aburrimiento en todos.

CARTILLA N° 2

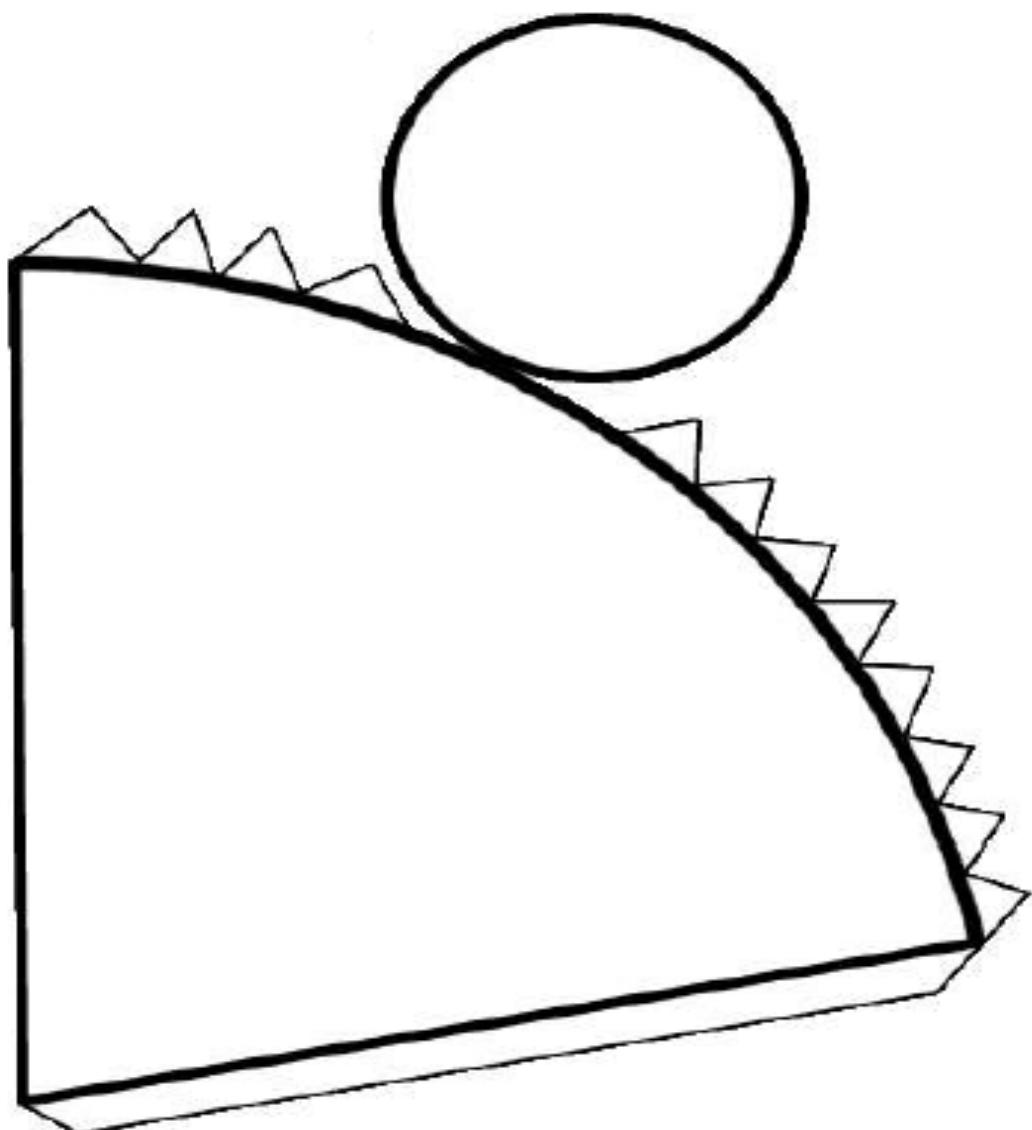
El otro día Ricardo asistió a una pollada que se realizó en el barrio para recaudar fondos porque su vecino estaba internado. En plena fiesta salió a comprar gaseosas que le encargaron, para vender en la pollada. En la esquina se encontró con Mauricio, su compañero de colegio, mientras conversaban vieron que la Policía se estaba llevando a unos pandilleros a la Comisaría; y, creyendo que también ellos eran de esos grupos, se los llevaron detenidos. Les explicaron y no les creyeron porque los dos tenían gorros parecidos a los de la pandilla y por eso la Policía los confundió.

Tuvieron que quedarse allí hasta que fueran sus familiares; mientras tanto, en la pollada, creían que Ricardo se había escapado con el dinero y estaban muy molestos.

SesionN°2

Cartilla 3, 4.

CARTILLA N°3



Sesión N°3

Cartilla 5 y 6

CARTILLA N°4

"EXPRESANDO MIS MENSAJES CON CLARIDAD Y PRECISIÓN"

Escribir con claridad los mensajes siguientes

Ejemplo:

1. Pedir prestado un lápizero
"Pedro por favor préstame el lápizero de color negro"
2. Permiso para no asistir al colegio al día siguiente, por motivo de control médico.

3. Justificación de una tardanza

4. Reclamar al compañero que le devuélva su cuaderno

5. Pedir permiso a sus padres para ir a una fiesta

6. Invitar a un(a) chico(a) para salir a pasear

7. Solicitar al profesor una nueva oportunidad para un examen

CARTILLA N° 5

CUADRO DE ESTILOS DE COMUNICACIÓN

1. Ser PASIVO significa:

Evitar decir lo que sientes, piensas, quieres u opinas:

- Porque tienes miedo de las consecuencias;
- Porque no crees en tus derechos personales;
- Porque no sabes cómo expresar tus derechos;
- Porque crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos.

Ejemplo:

Pedro al llegar a su casa se da cuenta que su hermano se ha puesto su camisa nueva, él le produce celos pero no dice nada.

2. Ser AGRESIVO significa:

Dicir lo que piensas, sientes, quieres u opinas sin considerar el derecho de los demás a ser tratados con respeto.

Ejemplo:

Pedro: Juan eres un conchudo, por que te pones mi camisa nueva.

Juan: No me fastides.

3. Ser ASERTIVO significa:

Dicir lo que tú piensas, sientes, quieres u opinas sin perjudicar el DERECHO DE LOS DEMAS. Es hacer respetar nuestros derechos con firmeza considerando el contexto social.

Ejemplo:

Pedro: Juan estoy muy molesto porque te has puesto mi camisa nueva sin mi permiso.

Juan: Discúlpame Pedro no volveré hacerlo.

CARTILLA N° 6

TEST DE DISCRIMINACIÓN DE RESPUESTAS

GRUPO 1

Instrucciones:

Para cada una de las situaciones que se presentan decide si la respuesta es pasiva (PAS), agresiva (AGR) o asertiva (ASE). Rodea con un círculo la respuesta apropiada.

1. Situación 1

Chico a su enamorada: "Me gustaría que te tiferas el pelo de rubio".

Respuesta: "A mí que me importa lo que tu quieras, no me fíegues".

PAS AGR ASE

2. Situación 2

Profesor a un estudiante: "Tus tareas son una cochina. Hazlas de nuevo".

Estudiante: "Está bien, tiene razón" y piensa (me siento mal, la verdad es que soy un inútil).

PAS AGR ASE

GRUPO 2

3. Situación 3

Chica a un amigo: "Podrías acompañarme a pedir mi mochila, después de la clase?"

Amigo: "Lo siento, pero hoy no puedo".

PAS AGR ASE

4. Situación 4

Juana a Daniel: "Ajáte de Martha o le diré a ella que tú eres un fumón".

Daniel: "Inténtalo y te enseñaré quién puede y quién no puede ver a Martha".

PAS AGR ASE

GRUPO 3

5. Situación 5

Laura a su compañera Rosa: "Préstame tu cuaderno para copiarme la tarea".

Rosa: "Tengo que estudiar, tengo examen... pero ya pues, que importa, te lo presto".

PAS AGR ASE

6. Situación 6

Roberto a Juana: "Tenemos tres meses de enamorados, quiero que me des la prueba del amor".

Juana: "No sé... tengo miedo... creo que no... pero no quiero que te mades y me dejes... estoy bien".

PAS AGR ASE

GRUPO 4

7. Situación 7

Pedro, siquieres pertenecer a nuestro grupo, fuma esto.

Carlos: "No jodes".

PAS AGR ASE

Sesión N°4

Cartilla 7

CARTILLA N° 7

EXPRESIÓN Y ACEPTACIÓN DE HALAGOS

PERSONAS	EXPRESANDO HALAGOS	REACCIÓN GESTUAL DE LA PERSONA	REACCIÓN VERBAL DE LA PERSONA
COMPAÑERO DE CLASE			
PAPÁ			
MAMÁ			
HERMANO(A)			
AMIGO (A)			
OTROS			

MODULO N°3
CONTROL DE LA IRA
Sesión N°2

CARTILLA N° 12

REGISTRO DE AUTOINSTRUCCIONES

Instrucciones:

Intenta usar una de estas autoinstrucciones la próxima vez que sientas que te estás enfadando ¡Hazlos tuyos!

1. Mientras mantengas la calma, podrás controlar la situación.
2. Vamos a tomar las cosas sin exageración. No te salgas de tus casillas.
3. Piensa en lo que quieras conseguir.
4. No necesitas demostrarle nada a nadie.
5. No hay motivo para molestarse.
6. Busca las cosas positivas.
7. No permitirás que esto te moleste.
8. Probablemente no es feliz, por eso se muestra tan molesto.
9. No puedes esperar que la gente actúe como tú quieras.
10. Tus músculos están tensos. Es hora de relajarte.
11. Probablemente está buscando que pierdas los papeles ¡contrólate!
12. ¡Alto!. Respira hondo varias veces.
13. Intenta resolver el problema. Puedes tratar con respeto a esa persona.
14. Otros.....

HOJA DE REPRESENTACION DE PAPELES DE CONTROL DE LA IRA

Instrucciones:

Escribe las situaciones siguientes y, después decide qué auto instrucciones de afrontamiento usarías en cada caso.

Situación 1

Tu compañero se come tu refrigerio
¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 2

Tu compañero (a) te insulta delante de tu enamorado(a)
¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 3

El profesor te acusa de copiarle y te quita el examen, no siendo cierto eso
¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 4

Tu hermano(a) se pone tu ropa nueva y la ensucia
¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Situación 5

Ves a tu enamorado (a) besándose con otro (a)
¿Qué mensaje de auto instrucción utilizarías para controlar tu ira?

Sesion N°3

HOJA DE SITUACIONES

Situación 1

Tumamá te llama la atención delante de tus amigos.

¿Qué pensarías?	¿Cómo te sentirías?	Cambia tu pensamiento	Cambia tu sentimiento

Situación 2

Mi hermano menor me interrumpe a cada momento cuando estoy estudiando.

¿Qué pensarías?	¿Cómo te sentirías?	Cambia tu pensamiento	Cambia tu sentimiento

Situación 3

Mi hermano mayor se burla de mí porque tengo cursos jalados.

¿Qué pensarías?	¿Cómo te sentirías?	Cambia tu pensamiento	Cambia tu sentimiento

Situación 4

Mi compañero de clase jugando me golpea constantemente.

¿Qué pensarías?	¿Cómo te sentirías?	Cambia tu pensamiento	Cambia tu sentimiento