

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA DE POST-GRADO

Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-Seguro Social del Perú, EsSalud : trastorno mixto ansioso depresivo en paciente de sexo femenino con personalidad de rasgos desadaptativos

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

AUTOR

Raquel Alvarado Rios

LIMA – PERÚ

2014

A Dios:

Por protegerme y darme fuerzas
para superar obstáculos a lo largo de toda mi vida.

A mi familia:

Por su amor y soporte
Por motivarme y darme fortaleza
en momentos difíciles

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres y Apellidos:

RAQUEL ALVARADO RIOS

Lugar donde labora:

EsSalud – Hospital Edgardo Rebagliati Martins
Servicio de Psicología

Años de experiencia en el hospital:

27 años

Horario de trabajo:

Lunes a viernes : 8:00 a 15:00 horas

Miércoles : 8:00 a 16:00 horas

Área donde desempeña funciones:

Servicio de Hospitalización Parcial

Hospital de Día

INTRODUCCIÓN

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins ofrece atención de salud integral a los asegurados y derechohabientes en temas de recuperación, rehabilitación, prevención y promoción de salud. En este sentido los trastornos de la salud mental representan hoy en día una gran preocupación en temas de salud por sus efectos nocivos en en la vida y desempeño general de las personas. En esta oportunidad, nos ocuparemos específicamente de los trastornos ansiosos depresivos que son ocasionados por desórdenes en las áreas afectivo-emocional, familiar, laboral y social en general, y que requieren tratamiento psicoterapéutico intensivo. La psicoterapia, en estos casos, surge como fórmula para reparar este desajuste en la salud mental, ya que favorece el proceso gradual de redefinición de acontecimientos traumáticos, permite modificar pensamientos, emociones, conductas y desarrollar ajustes creativos en la personalidad.

Es asì que el Hospital Edgardo Rebagliati Martins ofrece a la población asegurada un servicio de atención especializada en el campo psicoterapéutico grupal a través del Servicio de Hospital de Día, cuya modalidad de atención es integral e incluye la evaluación, el diagnóstico psicológico y el tratamiento psicoterapéutico, con la particularidad de no apartar al usuario de su entorno familiar, por el contrario mantener el vínculo e invitar a la familia a ser parte del tratamiento durante el proceso a fin de garantizar resultados.

Hospital de Día a través de las terapias grupales centra su trabajo en las interacciones interpersonales, utilizando al grupo terapéutico como estímulo de emociones colectivas y como un recurso destinado a influir en numerosas personas como medio auxiliar como parte del plan terapéutico, con el fin de ayudar a resolver desordenes emocionales y estimular el desarrollo personal de los participantes.

ÍNDICE

I. Diagnostico situacional…….. 1

1.1 Centro laboral…… 1

1.1.1 Nombre del centro laboral…… 1

1.1.2 Ubicación y dirección……... 1

1.1.3 Características de infraestructura…… 2

1.1.4 Visión y misión……... 2

1.1.5 Historia del hospital Edgardo Rebagliati Martins ……. 3

1.1.6 Estructura orgánica de la Red Asistencial Rebagliati …….. 4

1.2 Servicio de Psicología……... 5

1.2.1 Historia…….. 5

1.2.2 Estructura orgánica del Servicio de Psicología…….. 8

1.2.3 Organización funcional del Servicio de Psicología…… 9

1.2.4 Visión y misión del Servicio de Psicología…….. 10

1.2.5 Recursos humanos……. 10

1.2.6 Horario de trabajo…… 10

1.2.7 Objetivos generales del Servicio de Psicología……. 11

1.2.8 Producción y estadística…… 12

1.2.8.1 Producción y estadística del año 2012……. 12

1.2.8.2 Producción y estadística del año 2013……. 13

1.2.8.3 Consolidado de actividades y procedimientos psicológicos, años 2012 – 2013…… 16

1.2.8.4 Diagnósticos más frecuentes en el año 2012……. 18

1.2.8.5 Diagnósticos más frecuentes en el año 2013…….. 19

1.3 Área de trabajo…….. 20
1.3.1 Nombre del área de trabajo……... 20
1.3.2 Historia…….. 20
1.3.3 Objetivos……... 21
1.3.4 Estructura funcional del área de trabajo…….. 22
1.3.5 Recursos Humanos…… 23
1.3.6 Producción y estadística del Servicio de Hospital de Día … 24
1.3.7 Modalidades de atención…… 26
1.3.8 Descripción de actividades……... 27
1.3.8.1 Actividades de diagnóstico psicológico……. 27
1.3.8.2 Actividades de tratamiento psicológico……. 31
1.3.8.3 Otras actividades asistenciales…….. 34
1.3.8.4 Actividades de docencia, capacitación e investigación... 34
1.3.9 Procedimientos psicológicos……. 35
1.3.10 Procedimientos de evaluación y tratamiento……..… 35

II. Caso clínico……..... 42
2.1 Historia Clínica
2.1.1 Datos de filiación…….. 43
2.1.2 Enfermedad actual…….. 43
2.1.3 Antecedentes…… 44
2.1.4 Historia personal…… 47
2.1.4.1 Desarrollo inicial…… 47
2.1.4.2 Educación…… 48
2.1.4.3 Ocupación…… 48
2.1.4.4 Enfermedades y accidentes…… 49
2.1.4.5 Personalidad……..… 49
2.1.4.6 Desarrollo psicosexual……. 50
2.1.4.7 Historia familiar…… 50
2.1.4.8 Historia marital…… 52

2.1.5 Examen clínico psicológico…….. 55
2.1.5.1 Descripción física……. 55
2.1.5.2 Conciencia y niveles de alerta……. 55
2.1.5.3 Pensamiento ……..……. 55
2.1.5.4 Atención y concentración…….. 56
2.1.5.5 Lenguaje…….. 56
2.1.5.6 Funciones cognoscitivas…… 56
2.1.5.7 Percepción…….….. 56
2.1.5.8 Afectividad y estado de animo predominante…… 57
2.1.5.9 Motricidad, praxias y lateralidad…….. 57
2.1.5.10 Sueño……. 57
2.1.5.11 Actitud frente a la evaluación……. 57

2.2 Informe psicológico…….. 58
2.2.1 Datos de filiación……58
2.2.2 Motivo y consulta…… 58
2.2.3 Problema actual……..58
2.2.4 Observaciones generales……. 59
2.2.5 Pruebas psicológicas…… 60
2.2.6 Resultados…….. 60
2.2.7 Conclusiones…….. 62
2.2.8 Diagnostico…… 63

2.3 Intervención psicoterapéutica…… 64
2.3.1 Sustento teórico…… 64
2.3.1.1 Psicoterapia Gestalt……. 64
2.3.1.2 Gestalt y su formación……. 65
2.3.1.3 Principales postulados de la Gestalt……..65
2.3.1.4 Técnicas de tratamiento…….. 66
2.3.1.5 Estrategias psicoterapéuticas…… 66

2.3.2 Procedimiento psicoterapéutico…….. 68
2.3.2.1 Área afectivo-emocional……. 69
2.3.2.2 Área familiar…… 72
2.3.2.3 Área Pareja…….. 74
2.3.2.4 Área de relaciones interpersonales…….. 76
2.3.3 Control y seguimiento……... 77

REFERENCIAS……... 78

ANEXOS……... 79

I. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

1.1 Centro laboral

1.1.1 Nombre del centro laboral

Essalud Centro Asistencial Nivel IV

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins



1.1.2 Ubicación y dirección

El Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud se encuentra ubicado en Jr. Domingo Cueto cuadra s/n distrito de Jesús María (altura de la cuadra 13 de la Av. Arenales) y, el Servicio de Hospital de Día, se encuentra ubicado al costado de la Playa Miller.

1.1.3 Características de Infraestructura del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

El Hospital Rebagliati cuenta con 14 pisos donde funcionan 85 especialidades médicas, distribuidas en cinco unidades especializadas en cuidados intensivos (medicina general, neuroquirúrgica, cardiovascular, pediatría y neonatología). En el primer piso funcionan las áreas de consulta externa y exámenes de laboratorio y radiológicos, farmacia y la parte administrativa. En los pisos se cuenta con áreas de hospitalización distribuidas en 3 bloques A, B y C donde se realizan procedimientos, cirugías y la hotelería a los pacientes internados.

En zonas anexas al edificio principal funcionan las emergencias de adultos, pediátrica y obstétrica. A unos metros de este centro se encuentra el Departamento de Salud Mental, que cuenta con un área ambulatoria, hospitalización y la emergencia de la especialidad.

1.1.4 Visión y misión

- Visión: “Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

- Misión: “Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente”.

1.1.5 Historia del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud

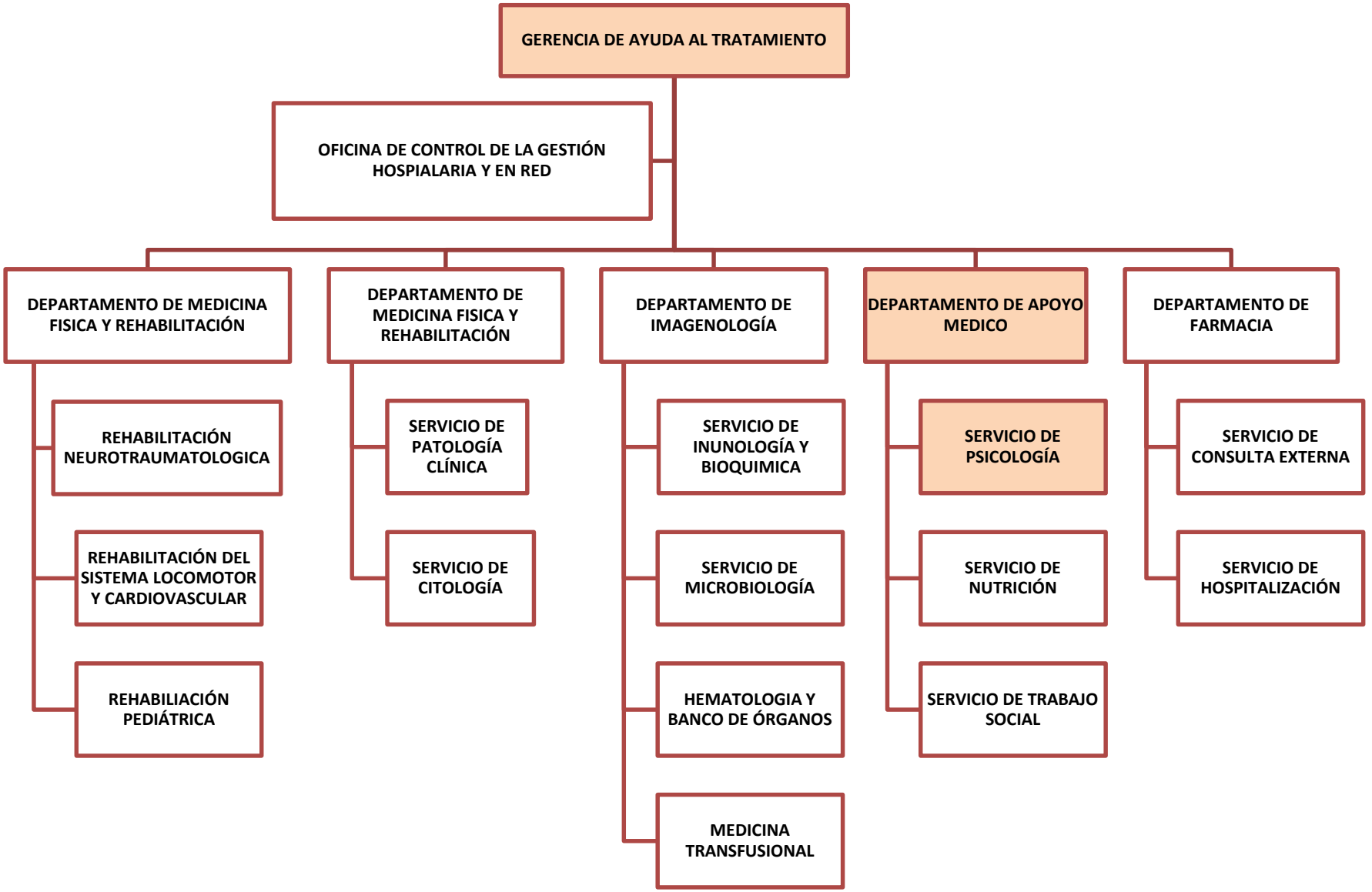


El 3 de Noviembre de 1958 se inaugura el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, durante el segundo gobierno del presidente Manuel Prado. Inicialmente se llamaba Hospital del Empleado y toma su nombre actual en el año 1973, en reconocimiento al periodista y abogado que logró implementar el seguro social del empleado en nuestro país. A principios del año 1935, el doctor Edgardo Rebagliati, especialista en derecho laboral, fue encargado por el general Benavides para que hiciera un estudio integral de los diversos sistemas de Seguro Social que existían en el mundo, con incidencia especial en los aspectos asistenciales y de financiamiento.

Terminado el trabajo preparatorio, el 12 de agosto de 1936, se promulgó la ley Nº 8433 que establecía el Seguro Social Obrero para cubrir riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte. Se procedió, luego, a la instalación de las oficinas de la Caja Nacional del Seguro Social con sus organismos administrativos, servicios técnicos y asistenciales. Así el Seguro Social Obrero se convertía en una realidad de alto contenido de justicia social. Luego, en los años 50, el doctor Rebagliati, al mando de un grupo de destacados especialistas en derecho laboral, implementaría el Seguro Social del Empleado.



1.1.6 Estructura orgánica de la Red Asistencial Rebagliati



1.2 Servicio de Psicología

1.2.1 Historia

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

En el año 1963, ingresa a laborar en la Unidad de Psicología la Dra. Ernestina Chávez, quien también era docente de la Universidad de San Marcos. En el quinquenio 1971-1975 ingresan destacados psicólogos: Eduardo Valdizán, Julio Santos, Elsa Rodríguez, Luz Flores y Zaida Valcárcel, las bachilleres Fina de Olarte y Teresa Pozo, incrementándose el personal de la Unidad de Psicología así como su productividad que comenzaba a ampliarse a otras áreas del Hospital como: Medicina Física y Rehabilitación, así como interviniendo en áreas de conflicto a nivel de personal.

Por el año 1980, los requerimientos de la atención psicológica se incrementan, siendo necesario la contratación de nuevos psicólogos, es así que entre los años 1981 y 1986 ingresan a laborar a la Unidad de Psicología un grupo importante de Psicólogos. El Dr. Luis Estrada con una visión de futuro a la creación de la Psicología Clínica y de la Salud, organiza el desplazamiento de los Psicólogos a diferentes Servicios del Hospital como: Neurología, Pediatría, Hemodiálisis, Medicina Preventiva, Obstetricia, Gastroenterología, Rehabilitación. Situación que genera en 1986 la necesidad de la creación del Departamento de Psicología, terminando la dependencia estructural del Servicio de Psiquiatría, que era una añeja práctica hospitalaria.

En la Nueva Macro estructura del Hospital Rebagliati del año 1986, el Departamento de Psicología pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico Tratamiento, con 4 Servicios:

- Psicología de Salud Mental a cargo del Ps. Dr. Eduardo Valdizán.
- Neuropsicología a cargo del Ps. Dr. Julio Santos.
- Psicología de Rehabilitación a cargo de la Ps. Dra. Elsa Rodríguez.
- Psicología de Madre-Niño a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz.

Es en ésta Gerencia donde los Psicólogos logran un mayor desarrollo tanto con el trabajo asistencial como en la investigación, que fueron expuestas en congresos Nacionales e internacionales. A comienzos del año 1992, después de más de 30 años, el Dr. Luis Amilcar Estrada de los Ríos, reconocido ícono de la Psicología en el Perú, solicita su pase al retiro al servicio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, asumiendo la Jefatura del Departamento de Psicología la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta.

Posteriormente la Dirección de Salud Mental del Hospital Rebagliati, realiza gestiones ante las autoridades a fin de que Psicología nuevamente pase a depender Salud Mental, requerimiento que fue aceptado por las autoridades.

Es así que el Departamento de Psicología es reestructurado, quedando 2 Servicios:

- Psicología Hospitalaria a Cargo de la Ps. María del Carmen Torres y
- Psicología de Enlace a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz.

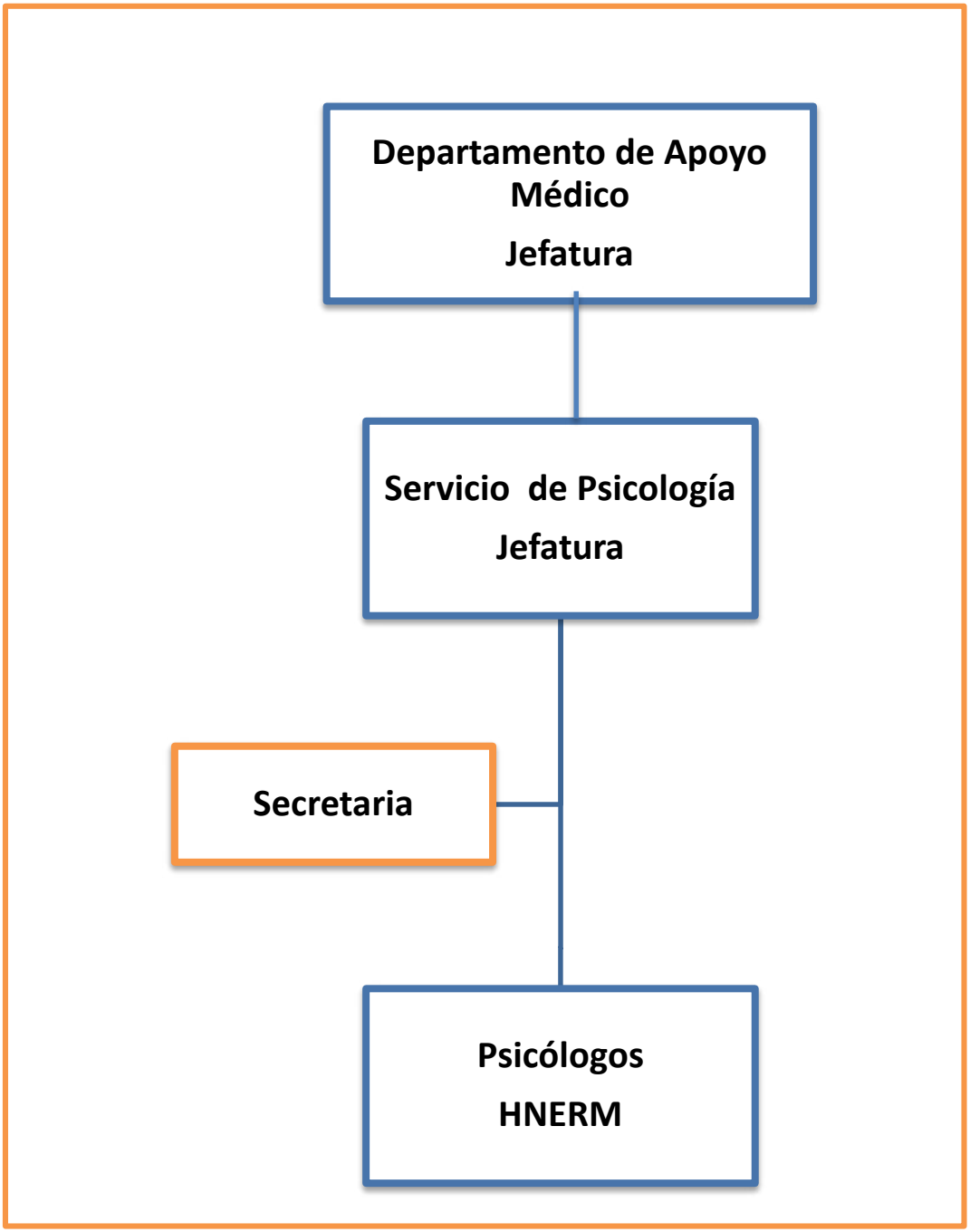
Posteriormente, al convertirse la Dirección de Salud Mental en el Departamento de Salud Mental, el Departamento de Psicología cambia de denominación y se convierte en el Servicio de Psicología, a cargo de la Ps. Dra. Gloria Díaz Acosta (1995). Luego de múltiples gestiones y con los antecedentes previos, el Servicio de Psicología, para satisfacción de los Psicólogos nuevamente pasa a depender estructuralmente de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento.

En 1996, asume la Jefatura del Servicio de Psicología la Ps. Dra. Berenice de la Torre Sobrevilla. Hasta el año 2011, cuya gestión se caracterizó por sistematizar el trabajo de los Psicólogos acorde a las nuevas exigencias laborales, con guías y protocolos de trabajo, propiciando un buen clima laboral. Cabe señalar que los psicólogos pasamos momentos muy difíciles en la dependencia con Psiquiatría cuya característica principal era un clima laboral negativo para nuestras justas aspiraciones como profesionales liberales, con una ley que nos reconoce la ACTIVIDAD FINAL en el ejercicio profesional.

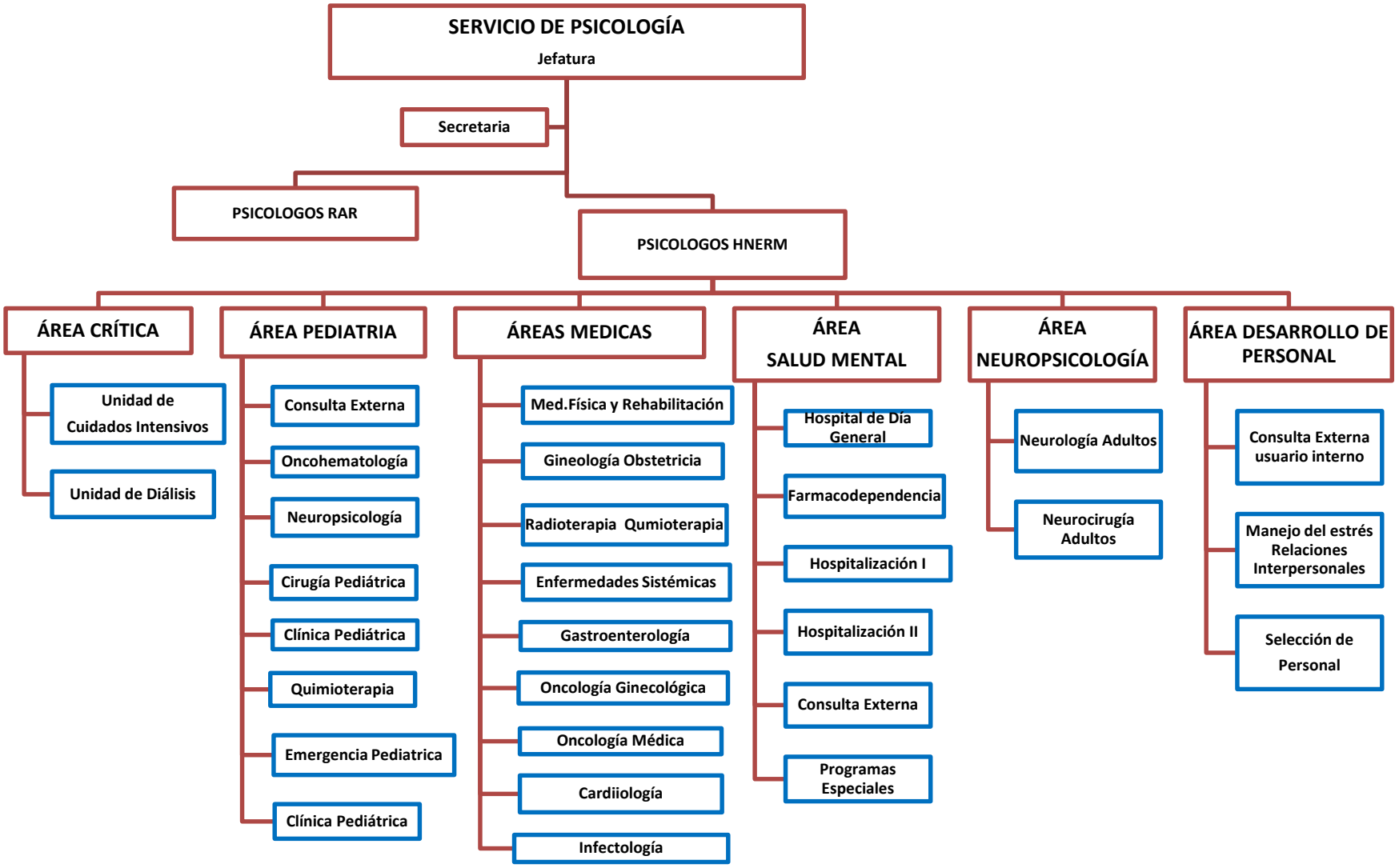
En el año 2012 asume la jefatura del Ps. Dr. Jorge Landauro Quiñe quien centra su gestión en organizar los aspectos técnicos que nos permiten incluirnos al nuevo sistema de gestión hospitalaria y actualmente, desde setiembre del mismo año, el Ps. Dr. Ramón Vera Cortega se encuentra actualmente desempeñando funciones de Jefe en el Servicio de Psicología.

Cabe resaltar que la plana de Psicólogos por su motivación de servicio a los asegurados, no han escatimado esfuerzos para capacitarse en contar con grados de maestría, doctorado y segunda especialidad.

1.2.2 Estructura orgánica estructural del Servicio de Psicología



1.2.3 Organización funcional del Servicio de Psicología



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

1.2.4 Visión y Misión del Servicio de Psicología

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

- Visión: “Ser una servicio que líder en el ámbito de la psicología de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”

1.2.5 Recursos Humanos

Actualmente el Servicio de Psicología cuenta con 36 psicólogos distribuidos en las diferentes especialidades médicas del Hospital y cada uno de ellos ostenta formación y especialidad en cada área de trabajo.

1.2.6 Horario de trabajo

El horario formal de los profesionales psicólogos es de lunes a sábado de 8:00 am a 14:00 horas para los que están programados en turno de mañana. Y el horario del turno tarde es 14:00 pm a 20:00 horas. La jornada laboral es de 6 horas diarias debiendo cumplir 150 horas mensuales. La programación se realiza en función de las necesidades del Servicio donde labora cada psicólogo.

La programación horaria en Hospital de Día se ha elaborado de acuerdo a las demandas de trabajo del Servicio y es el siguiente:

Lunes, martes, jueves y viernes de 8:00 a 15:00 horas

Miércoles: 8:00 a 16:00 horas

1.2.7 Objetivos generales del Servicio de Psicología

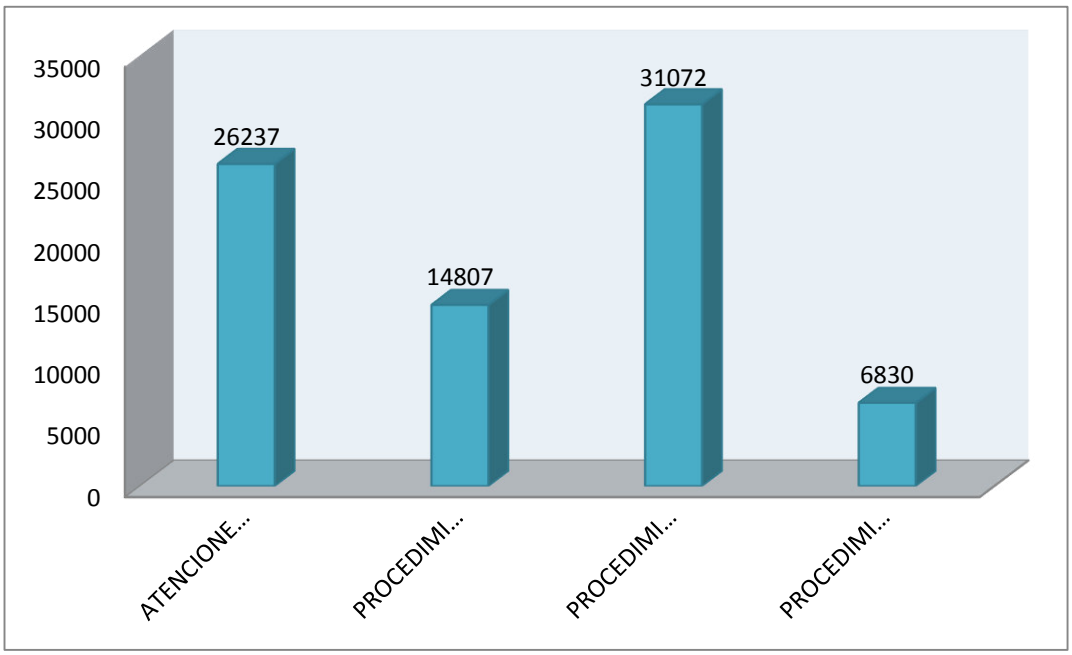
- Brindar atención psicológica a los pacientes correspondientes al nivel III, que son trasferidos de los diferentes servicios médicos o entidades asistenciales.
- Prevenir los riesgos y daños psicológicos, promoviendo su salud, la recuperación y rehabilitación para su retorno a la vida autónoma e independiente.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

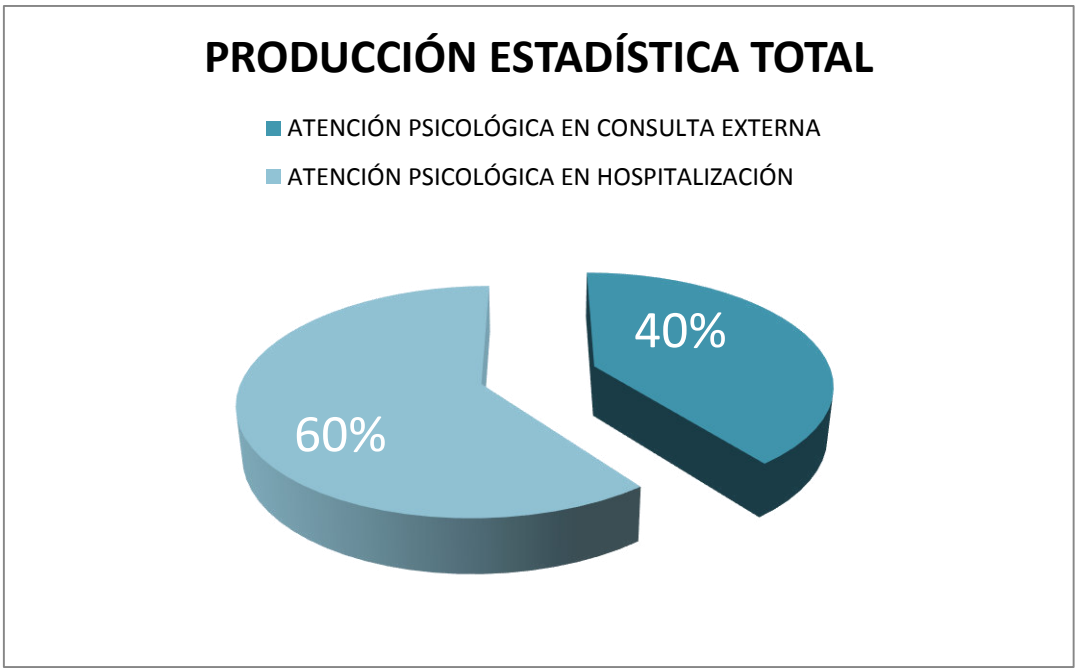
1.2.8 Producción y estadística

1.2.8.1 Producción y estadística del año 2012

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	INDICADOR	2012												TOTAL
		ENER	FEBR	MARZ	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOS	SETIEM	OCTUB	NOVIE	DICIE	
Atención Psicológica	Atención	1728	2038	1896	2047	2252	2228	2290	2280	2608	2482	2324	2064	26237
PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA														
2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1559	1103	1304	1400	1400	1275	1391	1011	1039	1040	1013	1272	14807
2.2 Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesión	2453	2479	2584	2408	2745	2340	2177	2700	3038	3040	2771	2337	31072
2.3 Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	743	672	852	790	729	520	510	650	338	302	382	342	6830
TOTAL														**52709**
Atención Psicológica Consulta Externa		709	955	865	820	993	903	855	88	842	1018	1108	711	10467
Atención Psicológica Hospitalización		1019	1083	1031	1227	1459	1325	1435	1592	1766	1464	1216	1353	15970
TOTAL		**1728**	**2038**	**1896**	**2047**	**2452**	**2228**	**2290**	**2280**	**2608**	**2482**	**2324**	**2064**	**26437**

ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS EN EL DURANTE EL AÑO 2012

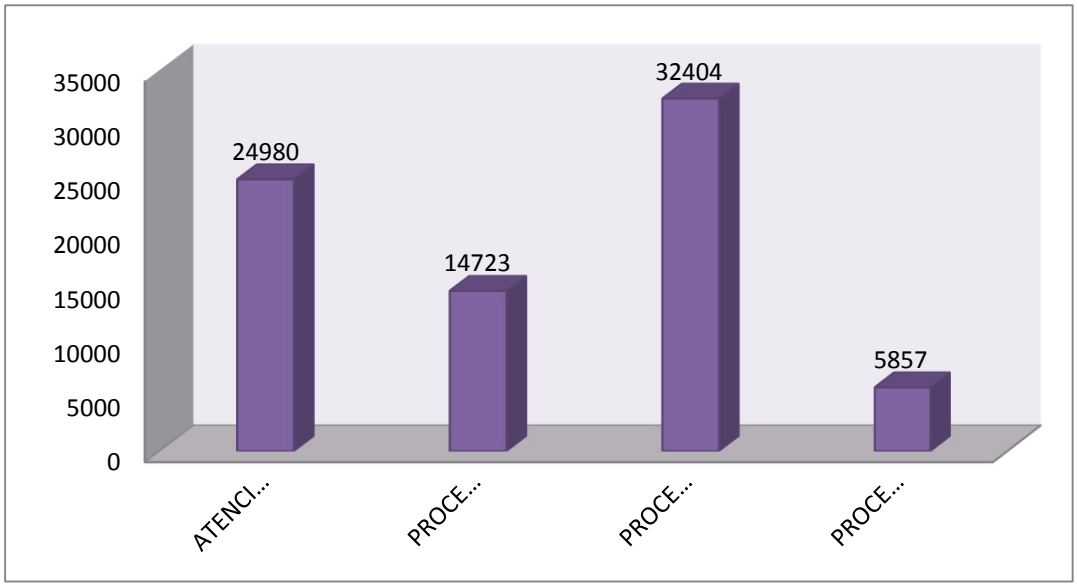


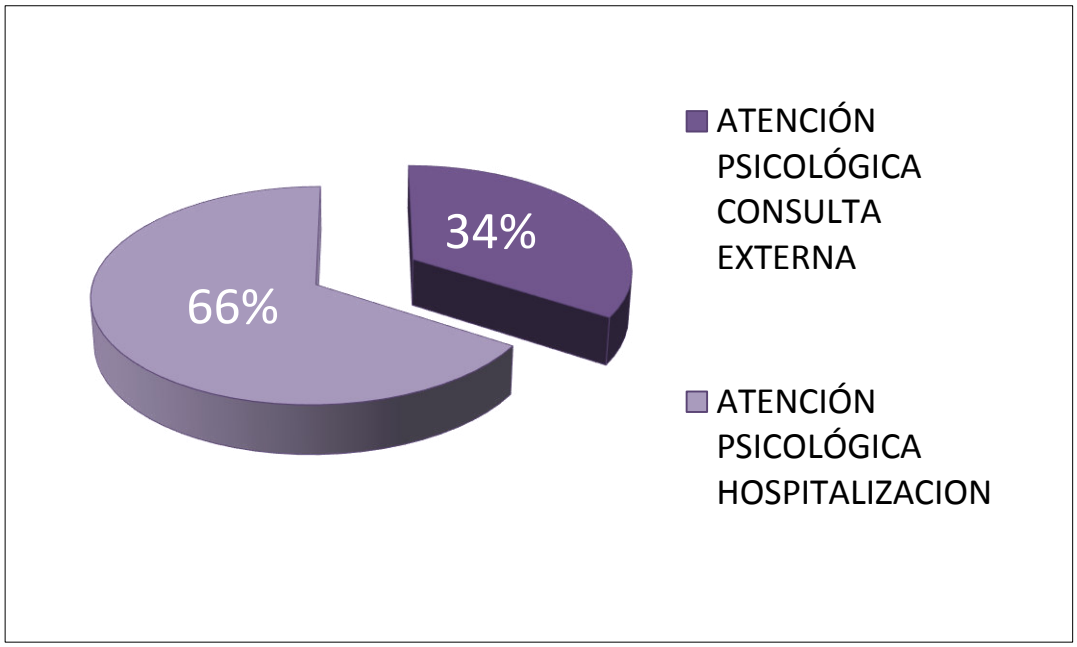


1.2.3.1 Producción y estadística del año 2013

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS	INDICADOR	2013												TOTAL
		ENER	FEBR	MARZ	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SETIEM	OCTUB	NOVIE	DICIE	
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	Atención	2268	1911	1928	1979	2151	1981	2125	2211	1903	2113	2379	2019	24968
PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA														
2.1. Procedimientos diagnósticos de Psicología	Prueba	1010	935	1094	1216	1197	1282	1298	1170	1378	1396	1318	1429	14723
2.2 Procedimientos terapéuticos psicológicos	Sesión	2383	2445	2439	2535	2718	2651	3011	2689	2908	2670	2953	3002	32404
2.3 Procedimientos preventivo promocionales	Sesión	475	523	591	461	463	455	523	608	359	329	584	486	5857
TOTAL														**52984**
Atención Psicológica Consulta Externa		1069	706	740	114	805	663	752	656	632	683	792	668	8280
Atención Psicológica Hospitalización		1199	1205	1188	1237	1346	1318	1373	1555	1271	1430	1587	1351	16060
TOTAL		**2268**	**1911**	**1928**	**1351**	**2151**	**1981**	**2125**	**2211**	**1903**	**2113**	**2379**	**2019**	**24340**

ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS EN EL DURANTE EL AÑO 2013

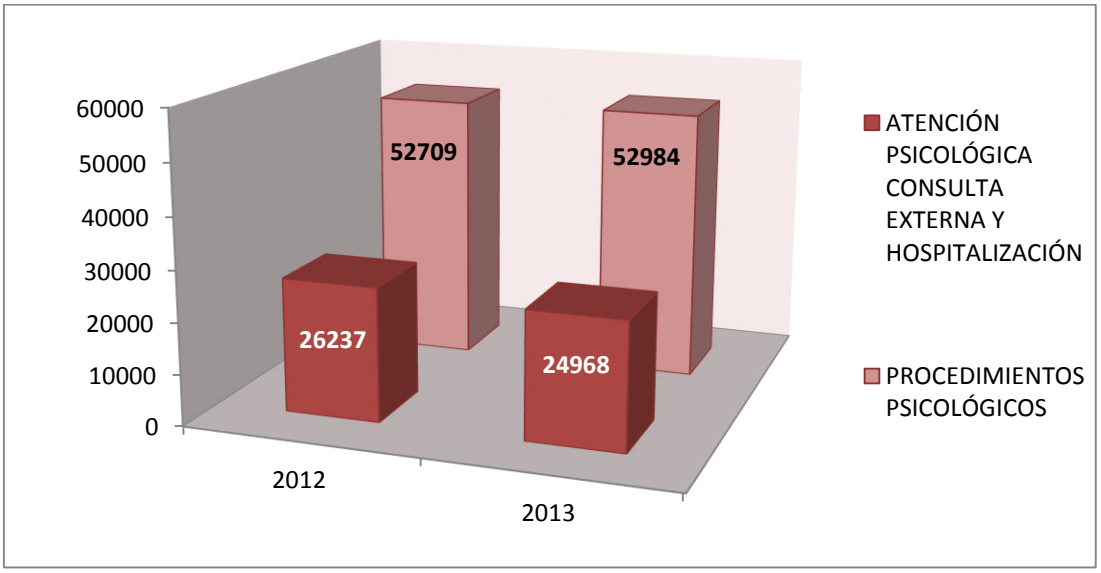




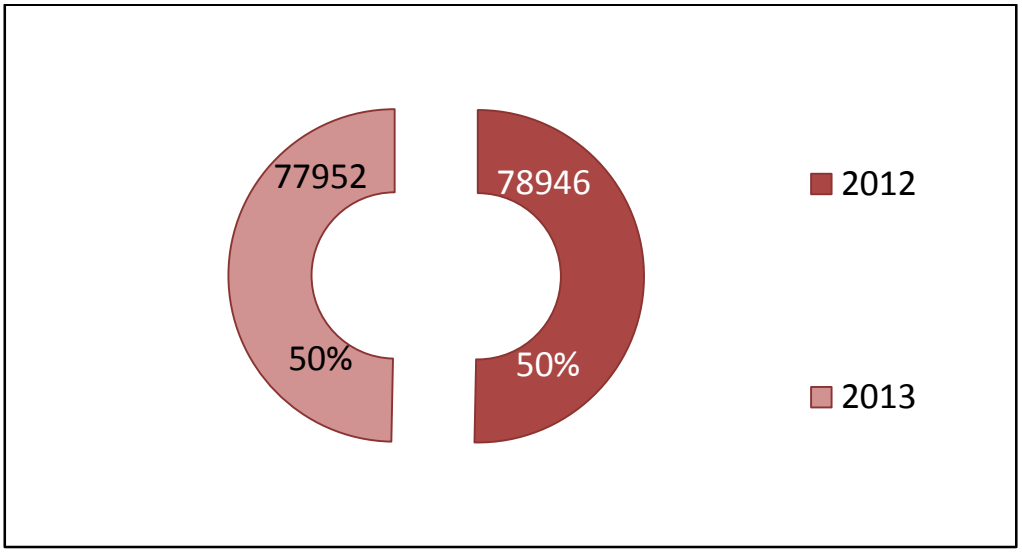
1.2.3.2 Consolidado de actividades psicológicas, años 2012 - 2013

ACTIVIDADES	2012	2013	TOTAL
ATENCIÓN PSICOLÓGICA CONSULTA EXTERNA + HOSPITALIZACIÓN	26237	24968	51205
PROCEDIMIENTOS DE PSICOLOGÍA			
✓ **Procedimientos diagnósticos de Psicología**	14807	14723	29530
✓ **Procedimientos terapéuticos psicológicos**	31072	32404	63476
✓ **Procedimientos preventivo promocionales**	6830	5857	12687
TOTAL	52709	52984	105693

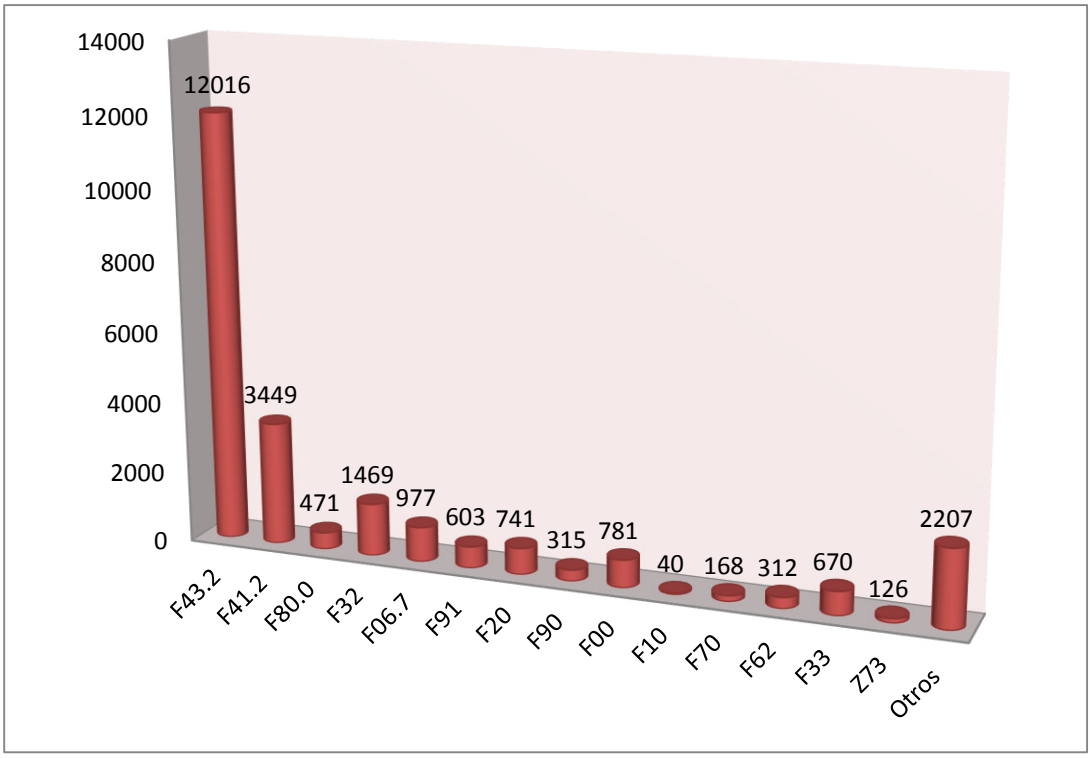
CUADRO COMPARATIVO
ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS
CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACIÓN
2012 – 2013



PRODUCCIÓN TOTAL DE ACTIVIDADES PSICOLÓGICAS
2012 - 2013



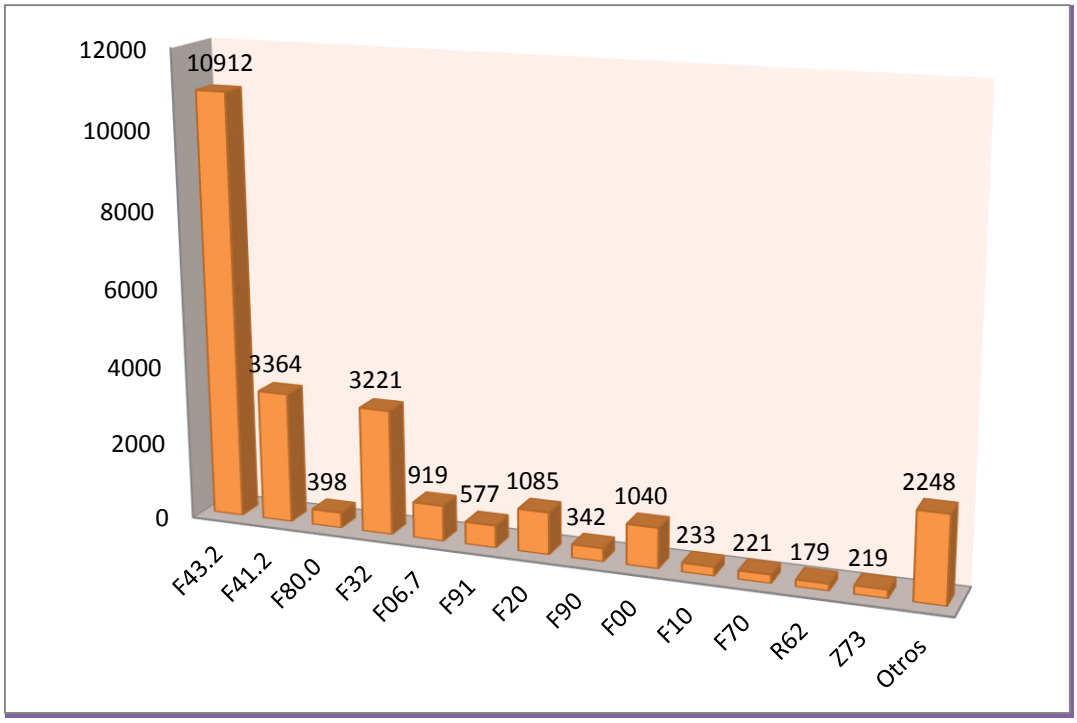
1.2.3.3 Diagnósticos más frecuentes en el año 2012



Leyenda:

F43.2	*Trastorno de adaptación*
F41.2	*Trastorno mixto de ansiedad y depresión*
F80.0	*Trastorno del habla y del lenguaje*
F32	*Trastorno depresivo*
F06.7	*Trastorno cognitivo leve*
F91	*Trastorno de conducta*
F20	*Trastorno esquizofrénico*
F90	*Trastorno de hiperactividad*
F00	*Demencia*
F10	*Trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de alcohol*
F70	*Retardo mental*
R62	*Retardo del desarrollo*
F33	*Trastorno depresivo recurrente*
Z73	*Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida*

1.2.3.4 Diagnósticos más frecuentes en el año 2013



Leyenda:

F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión
F43.2 Trastorno de adaptación
F80.0 Trastorno del habla y del lenguaje
F32 Trastorno depresivo
F06.7 Trastorno cognitivo leve
F91 Trastorno de conducta
F20 Trastorno esquizofrénico
F90 Trastorno de hiperactividad
F00 Demencia
F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos a consumo de alcohol
F70 Retardo mental
R62 Retardo del desarrollo
F33 Trastorno depresivo recurrente
Z73 Problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida

1.3 ÁREA DE TRABAJO

1.3.1 Nombre del área de trabajo

El área de trabajo se denomina Hospital de Día y se encuentra ubicado en el Servicio de Hospitalización Parcial, Departamento de Salud Mental (costado de la playa Miller)

Hospital de Día atiende pacientes con problemas de ansiedad y depresión, problemas de pareja, laborales y personales, en sus modalidades de:

- Hospital de Día
- Terapia grupal
- Taller de habilidades sociales

1.3.2 Historia

Su inauguración fue el 15 de abril de 1988, Y, la que suscribe, formó parte del equipo pionero que inició sus labores en este Servicio. Hospital de Día surge como un sistema de atención Intermedia, entre la hospitalización total y la consulta externa. Los pacientes remitidos a este Servicio son aquellos que han superado su fase aguda en Hospitalización total pero que aún no han resuelto su problemática particular. Entonces asisten al programa de psicoterapia intensivo en Hospital de Día, donde no requieren hospitalización a tiempo completo, pero que precisan una atención diaria, intensiva e integral.

1.3.3 Objetivos

a. Objetivo general

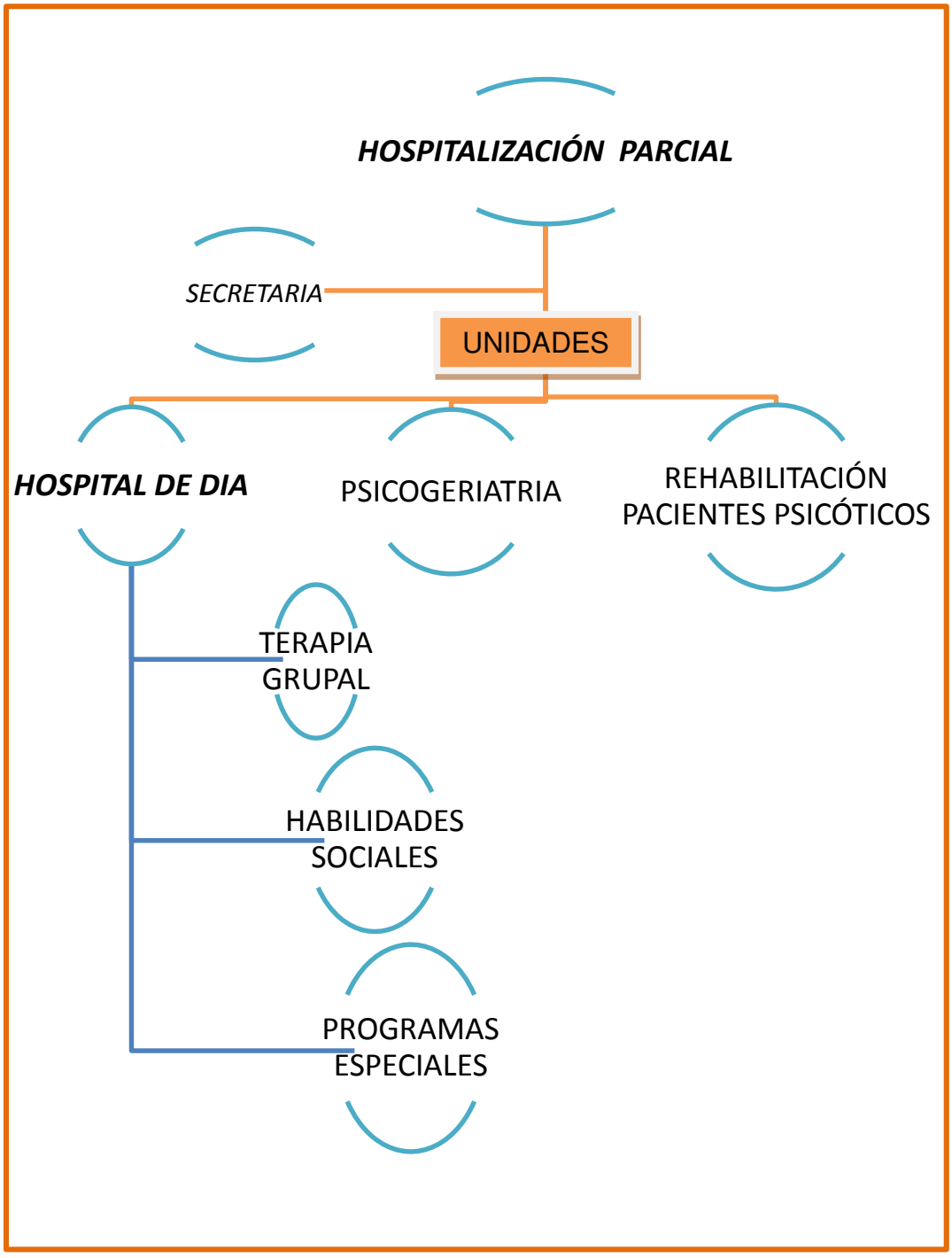
- Brindar atención y tratamiento psicológico a pacientes usuarios que son admitidos al Servicio de Hospital de Día del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

b. Objetivos específicos

- Realizar evaluación psicológica en el área cognitiva, emocional, personalidad, dinámica familiar y de pareja, a pacientes que son admitidos al Servicio de Hospital de Día.
- Dar tratamiento integral y efectivo a los pacientes que sufren problemas de ansiedad y depresión
- Dar tratamiento a pacientes con problemas de pareja, laborales y personales.
- Mejorar calidad de vida de los usuarios en el ámbito personal, familiar, laboral y social.
- Incluir de manera activa y permanente a la familia como parte del tratamiento psicoterapéutico.
- Evitar la cronificación de la enfermedad.
- Generar o potenciar recursos para evitar recaídas

1.3.4 Estructura funcional del área de trabajo

Hospital de Día es una Unidad de atención que pertenece al Servicio de Hospitalización Parcial del Departamento de Salud Mental del Hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSALUD.



Hospital de Día constituye una de las unidades del Servicio de Hospitalización Parcial y recibe pacientes remitidos de los Servicios de Hospitalización, Consulta Externa del Departamento de Salud Mental y de la red asistencial.

Los pacientes admitidos al Servicio, asisten diariamente a su tratamiento por un tiempo promedio de 30 a 45 días, sin necesidad de abandonar su entorno familiar. Durante su estancia se le brinda atención especializada en evaluación, diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico intensivo, desde una perspectiva multidisciplinaria. Los criterios de diagnósticos para acceder al programa de tratamiento incluyen los trastornos relacionados con el estrés, mixtos, somatomorfos, mixtos, depresivos y de adaptación que impiden o dificultan su desenvolvimiento personal, social, familiar y laboral.

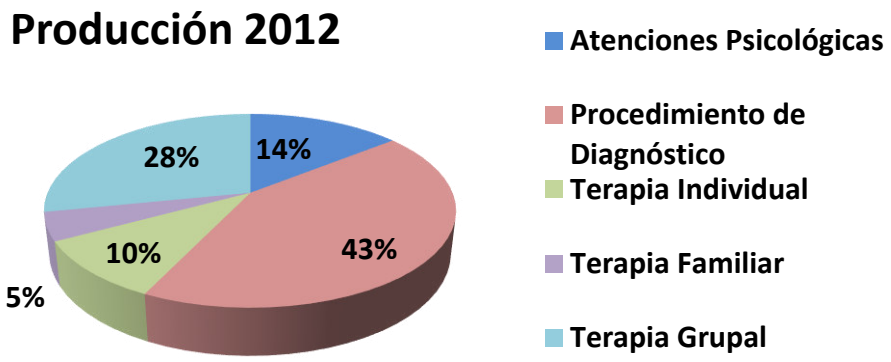
1.3.5 Recursos Humanos

Hospital de Día está conformado por un Jefe de Servicio y una secretaria en el área administrativa y en el área asistencial cuenta con los especialistas siguientes:

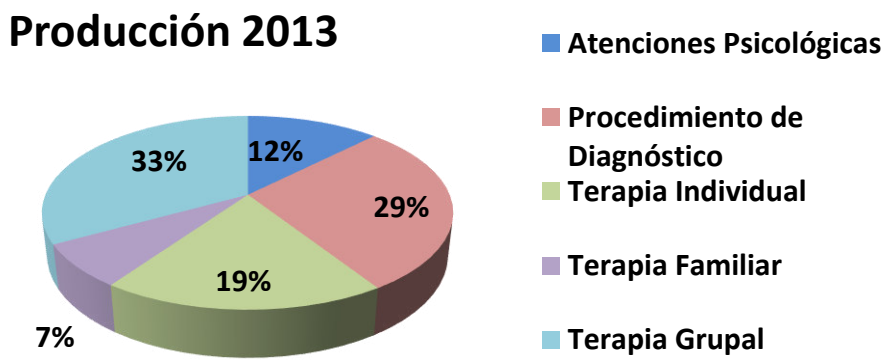
- 4 Médicos Psiquiatras
- 3 Psicólogos
- 3 Enfermeras
- 2 Asistentas Sociales
- 1 Técnico de Enfermería

1.3.6 Producción y estadística del Servicio de Hospital de Día

ACTIVIDADES PSICOLOGICAS AÑO 2012	Unidad de Medida	TOTAL
Atención Psicológica	Paciente	218
Procedimiento de diagnóstico	Sesión	654
Terapia Individual	Paciente	152
Terapia familiar	Paciente	72
Terapia Grupal	Sesión	430
TOTAL		1 461



ACTIVIDADES PSICOLOGICAS AÑO 2013	Unidad de Medida	TOTAL
Atención Psicológica	Paciente	138
Procedimiento de diagnóstico	Sesión	316
Terapia Individual	Paciente	209
Terapia familiar	Paciente	80
Terapia Grupal	Sesión	367
TOTAL		1 110



1.3.7 Modalidades de atención

Hospital de Día cuenta con 3 modalidades de tratamiento: la Unidad de Hospital de Día, Unidad de Terapia Grupal y Unidad de Habilidades Sociales. Se encuentra organizado en tres equipos terapéuticos cada uno conformado por un médico psiquiatra, psicólogo, enfermera y asistenta social.

UNIDAD DE HOSPITAL DE DIA			
Grupo	N° pacientes	Frecuencia	Horario
A	15 – 20	Lunes a Viernes	8am a 2pm
B	15 – 20	Lunes a Viernes	8am a 2pm
C	15 – 20	Lunes a Viernes	8am a 2pm
Duración de tratamiento: 30 a 45 días			

UNIDAD DE TERAPIA GRUPAL			
Grupo	N° pacientes	Frecuencia	Horario
D	15	1 vez por semana	12m a 4pm
E	15	1 vez por semana	12m a 4pm
Duración de tratamiento: 20 sesiones			

UNIDAD DE HABILIDADES SOCIALES		
N° pacientes	Frecuencia	Horario
15	1 vez por semana	12m a 4pm
Duración de tratamiento: 20 sesiones		

Los pacientes vienen referidos de todas las clínicas que pertenecen a EsSalud, debido que este servicio es único en su modalidad de atención.

1.3.8 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

1.3.8.1 Actividades de diagnóstico psicológico

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	
Es la atención psicológica que tiene como objetivo realizar la evaluación y diagnóstico de los usuarios admitidos al Servicio de Hospital de Día, con la finalidad de emitir un informe psicológico que servirá para la identificación detallada de áreas de conflicto a trabajar en el proceso terapéutico.	Objetivos: • Analizar capacidades, recursos y limitaciones. • Identificar las áreas de conflicto • Realizar el diagnóstico psicológico de los usuarios • Emitir informe psicológico

Para las actividades de diagnóstico psicológico, en primer lugar, se realiza la entrevista utilizando las técnicas de recolección de datos que nos permitirá elaborar la historia clínica. En segundo lugar se seleccionan los instrumentos de evaluación de acuerdo a la temática a evaluar que permitirán procesar información clínica y emitir el informe psicológico de los usuarios describiendo las áreas sanas y afectadas, el mismo que será utilizado para el proceso terapéutico. Para la etapa de calificación de las pruebas, se cuenta con plantillas de corrección de los distintos test; así como, con la informatización de algunas pruebas psicométricas, las cuales ayudan en el fácil manejo de ciertos indicadores a medir.

Se muestran a continuación los instrumentos que dispone el Servicio para la ejecución de esta actividad:

INTELIGENCIA DE WESHLER	
Nombre	Escala de Inteligencia para adultos de Wechsler para adultos
Autor	David Wechsler
Administración	Individual
Ámbito de aplicación	16 años en adelante
Duración	60 a 90 minutos
Significación	Provee coeficiente intelectual total y 4 puntuaciones: comprensión verbal, razonamiento perceptivo, memoria de trabajo y velocidad procesamiento.
Descripción	Consta de dos escalas: verbal y ejecutiva agrupados en 6 subtest verbales y 5 ejecutivos.

TEST GUESTÁLTICO VISOMOTOR	
Nombre	Test Guestáltico Visomotor de Bender
Autor/es	Lauretta Bender Método de corrección: Elizabeth M. Koppitz
Aplicación	Individual
Finalidad	Exploración de la pérdida de función y defectos cerebrales orgánicos
Tiempo	Sin límite de tiempo, 15 minutos aproximadamente
Tipo de fundamento	Teórico. Se basa en la Teoría de la Gestalt.
Tipo de prueba	Gráfica, de reproducción de figuras geométricas
Ámbito de aplicación	De 4 años hasta la adultez
Usos	Clínico, neuropsicológico, educacional, investigación.

TEST DE RETENCIÓN VISUAL DE BENTON	
Nombre	Test de Retención Visual de Benton
Autor	Arthur L. Benton
Categoría	Prueba gráfica psicométrica
Finalidad	Evaluación de la percepción visual, la memora visual las habilidades visoconstructivas.
Aplicación	Individual
Tiempo	10 aproximadamente
Ámbito de aplicación	A partir de los 8 años
Usos	Clínico, investigación

INVENTARIO MULTIAXIAL DE MILLON – II	
Nombre:	INVENTARIO MULTIAXIAL DE MILLON – II
Autor	Theodore Millon
Aplicación	Individual o colectiva
Ámbito de aplicación	Sujetos clínicos con más de 17 años
Escalas de personalidad	22 escalas. 4 de fiabilidad y validez; 10 básicas de personalidad, 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa.
Duración	No hay tiempo límite (aprox. 45 a 60 min.)
Finalidad	Proporcionar información clínica sobre la personalidad y psicopatología.

CI EMOCIONAL DE BARON	
Nombre original	EQ-I Bar0n Emotional Quotient Inventory
Autor	REUVEN BAR-0N
Procedencia	Toronto - Canadá
Adaptación peruana	Nelly Ugarriza Chávez
Administración	Individual o colectiva
Duración	Sin límite de tiempo. Aprox. 30 a 40 minutos
Puntuación	Calificación manual o computarizada
Significación	Estructura Factorial: ICE total y 5 factores componentes y 15 subcomponentes.
Tipificación	Baremos peruanos
Ámbito de aplicación	De 16 años en adelante
Usos	Clínico, educacional, jurídico

INVENTARIO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA MINIMULT	
Nombre	Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota
Autor	J. K. Kincannon 1968 y revisada en 1971
Aplicación	Individual y colectiva
Tiempo	20 a 45 minutos
Finalidad	Evaluación de factores o aspectos de la personalidad
Ámbito de aplicación	18 años a más.
Descripción	Escalas de validez, sinceridad, deseabilidad y autodescalificación y 22 escalas clínicas: Hipocondriasis, Depresión, Histeria, Desviación psicopática, Masculinidad- Feminidad, Paranoia, Psicastenia, Esquizofrenia, Manía, Introversión social

1.3.8.2 Actividades de tratamiento psicológico

PSICOTERAPIA GRUPAL Es la actividad mediante la cual se ejecutan técnicas psicoterapéuticas a un grupo de personas que interactúan entre sí guiados por el terapeuta psicólogo a fin de lograr el aprendizaje o reaprendizaje que le permitirá resolver conflictos y ensayar patrones más ajustados de comportamiento.	Objetivos: • Facilitar la movilización de los conflictos internos. • Favorecer la expresión de las emociones auténticas. • Identificar en forma objetiva las conductas de los pacientes.

PSICOTERAPIA DE CIERRE Es la actividad con que culmina la jornada terapéutica y tiene por finalidad lograr que el paciente disminuya o elimine los remanentes de la tensión producida por el trabajo psicoterapéutico. También se realizan ejercicios de autoconocimiento.	Objetivos: • Conseguir la relajación personal • Afianzar la confianza. • Facilitar el autoconocimiento y la autoaceptación. • Reforzar los aspectos positivos del paciente.

DIBUJOTERAPIA

Es la actividad terapéutica que utiliza la expresión gráfica como un instrumento diagnóstico y terapéutico con la finalidad de abordar los problemas personales e interpersonales en contexto grupal. Se instruye al usuario a resolver las dificultades emocionales y se estimula el desarrollo personal de los participantes.

Objetivos

- Facilitar el reconocimiento de los conflictos o conductas desadaptativas.
- Favorecer el reconocimiento de sus recursos y potenciales psicológicos.
- Optimizar las habilidades sociales.

TERAPIA INDIVIDUAL

Es la actividad cuya finalidad es brindar atención personalizada al usuario sobre aquellos aspectos puntuales que le ayuden a entender y resolver conflictos emocionales y desórdenes del comportamiento, que interfieren en su vida personal, familiar, laboral o social.

Objetivos:

- Brindar atención personalizada al usuario sobre aspectos puntuales de su tratamiento.
- Ayudar a identificar y comprender mejor sus problemas y conflictos interpersonales y a desarrollar formas más adaptativas de relacionarse con los demás.

TERAPIA DE PAREJA Y/O FAMILIA Actividad terapéutica orientada al tratamiento de la problemática del paciente con su medio familiar, considerado como un elemento componente de su sistema familiar.	Objetivos: • Lograr que el sistema familiar sirva de soporte terapéutico para el paciente. • Mejorar el funcionamiento de la familia como sistema. • Detectar las necesidades de atención terapéutica de otros miembros de la familia.

VIDEO FÓRUM Actividad terapéutica que utiliza los medios audiovisuales y el argumento de la película para identificar problemas no resueltos para luego trabajarlos en su grupo de terapia.	Objetivos: • Favorecer el "darse cuenta" de los pacientes • Brindar orientación psicológica. • Incentivar la comunicación y espontaneidad en el grupo.

1.3.8.3 Otras actividades asistenciales

EVOLUCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS Actividad que permite consignar en cada historia, los datos referidos a la participación y trabajo psicoterapéutico realizado por el paciente durante las terapias tanto grupales como individuales.	Objetivos: • Registrar en la historia clínica la información de la evolución del paciente en las actividades psicoterapéuticas.
Reuniones de coordinación con el equipo multidisciplinario.	• Programar y evaluar el tratamiento y/o determinar el alta.
Talleres educativos	• Brindar información sobre temas psicológicos que ayuden a mejorar la calidad de vida del paciente.

1.3.8.4 Actividades de docencia, capacitación e investigación

ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	• Actualizar conocimientos sobre psicoterapia.
INVESTIGACIÓN	• Renovar y replantear el tratamiento y técnicas de acuerdo a los hallazgos

1.3.9 Procedimientos psicológicos

Los pacientes admitidos al programa psicoterapéutico están organizados en 3 grupos, A, B y C, con un número no mayor de 20 pacientes por grupo; el tratamiento tiene una duración de 30 a 45 días promedio y la asistencia es diaria en el horario de 8:00 a 14:00 horas, los días de lunes a viernes. Durante este tiempo el médico tratante prescribe descanso médico por el tiempo que se encuentren asistiendo al programa psicoterapéutico.

Cabe reiterar que el Servicio de Hospital de Día ofrece un sistema de atención de tipo hospitalización parcial por lo tanto, los pacientes deben asistir diariamente de manera obligatoria.

1.3.10 Procedimiento de evaluación y tratamiento

La programación de los pacientes para evaluación se realiza previa coordinación con enfermería y de acuerdo a un horario establecido. En la primera sesión se realiza la entrevista inicial que tiene una duración de 20' y se procede a la elaboración de la historia clínica. Luego se programan de 3 a 4 sesiones de evaluación y de aplicación de test psicológicos que tienen una duración de 45' por sesión; esta evaluación se realiza en tres turnos semanales programados. Se procede a seleccionar las pruebas psicológicas que Una vez recopilada la información se procede a la calificación de los test para luego proceder a la elaboración del perfil de personalidad.

A continuación se describe de manera detallada los aspectos formales y el formato de la sesión que forma parte del protocolo de evaluación y terapias:

ACTIVIDAD: EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	
Aspectos formales	Se cuenta con un ambiente amplio iluminado y ventilado que proporciona adecuadas condiciones de privacidad. Se programa a los pacientes nuevos que ingresan al Servicio y se selecciona la batería psicológica de acuerdo al caso. Se dispone de computadora para procesamiento de la información y software de test psicológicos.
Formato de la sesión:	1° Citar a los pacientes nuevos 2° Entrevista psicológica 3° Elaborar la historia clínica psicológica 4° Entrega del material psicológico 5° Se da indicaciones del instrumento de evaluación 6° Procesamiento de los datos 7° Análisis e Interpretación de los resultados 8° Determinar el diagnóstico psicológico 9° Elaboración del Informe. 10° Colocar el informe psicológico en la historia clínica

ACTIVIDAD: PSICOTERAPIA GRUPAL	
Aspectos formales	Se realiza con un grupo conformado por no más de 20 pacientes. Se realiza en una sala amplia de terapia y se utiliza como material de trabajo colchonetas y cojines grandes.
Formato de la sesión:	1° Saludo y bienvenida a los pacientes nuevos. 2° Ejecución de las actividades diseñadas para promover el "darse cuenta" (Ejercicios gestálticos, dinámicas de integración). 3° Se invita a participar, es decir, si alguien quiere expresar al grupo lo que le haya perturbado respecto a la sesión anterior, el terapeuta complementa hasta lograr el objetivo del ejercicio realizado. 4° Elección del paciente para el proceso de psicoterapia. 5° Elección de la figura de conflicto a trabajar. 6° Aplicación de las técnicas para el logro de los objetivos planificados para el paciente: • Técnicas gestálticas • Psicodrama. 7° Identificación de su responsabilidad en el manejo de sus emociones y conductas y de su propia vida. 8° Evaluar los avances logrados por el paciente. 9° Evaluar el efecto terapéutico y/o identificación de los conflictos en los demás miembros del grupo.

ACTIVIDAD: PSICOTERAPIA DE CIERRE	
Aspectos formales	*Se realiza inmediatamente después de la psicoterapia central.*
Formato de la sesión:	1° Elección de la técnica terapéutica a realizarse en función al trabajo psicoterapéutico realizado y a la evolución del grupo. Estos ejercicios son: ✓ Relajación. ✓ Ronda de confianza ✓ Alzando y meciendo ✓ Caricias verbales y físicas ✓ Intercambio de defectos por virtudes. ✓ Exageración de virtudes ✓ Animales en expresión de agresión, alegría y afecto. ✓ "Yo quiero decirte que…" ✓ "Lo que tú no sabes de mi…" ✓ Ronda de "darse cuenta" 2° Se imparten las instrucciones propias de cada técnica. 3° Ejecución de la técnica. 4° Se procede a la expresión de sentimientos de los pacientes y de su "Darse Cuenta" que permita incrementar su autoconocimiento.

ACTIVIDAD: DIBUJOTERAPIA	
Aspectos formales:	• Grupo de pacientes conformado por no más de 20 pacientes • Ambiente amplio iluminado y ventilado que proporcione condiciones de privacidad. • Hojas de papel, lápices de colores, cuadernillo de temas impreso y ficha de evaluación.
Formato de la sesión:	1° Distribución de materiales 2° Dar instrucciones de la técnica 3° Elección del tema y color a utilizar 4° Ejecución del dibujo e interpretación de los simbolismos gráficos para la identificación del conflicto. 5° Aplicación de técnicas de reestructuración cognitiva, gestálticas, racional emotiva y análisis transaccional. 6° Reconocimiento de los pensamientos distorsionados y de las emociones reprimidas. 7° Identificación de su responsabilidad en el manejo de sus emociones y conductas y de su propia vida. 8° Incremento de la percepción de sí mismo y de su entorno. 9° Toma de nuevas decisiones en el manejo de su vida emocional

ACTIVIDAD: PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	
Aspectos formales:	• Consultorio debidamente equipado. • Historia Clínica
Formato de la sesión:	1° Programar y coordinar con la enfermera la atención del paciente. 2° Explorar e identificar el problema a tratar 3° Facilitar la expresión emocional. 4° Aplicar las técnicas psicoterapéuticas pertinentes para reestructurar los pensamientos, emociones y conductas relacionadas a la problemática individual del paciente. 5° Evaluar y consolidar lo aprendido en la sesión y asignar tareas cuando el caso lo requiera. 6° Al concluir se registrará la intervención y los resultados en la historia clínica.

ACTIVIDAD: VIDEO FORUM	
Aspectos formales:	Se cuenta con ambiente amplio, ventilado y con mobiliario adecuado para proyección de película. El televisor es de 29" y un reproductor de DVD. El Servicio cuenta con una videoteca con películas acorde a los objetivos terapéuticos. Participan los pacientes correspondientes a los 3 grupos de terapia.
Formato de la sesión:	1° Seleccionar la película de acuerdo a la incidencia de conflictos en los grupos de terapia. 2° Señalar a los participantes los objetivos de la técnica 3° Presentar la película y dar un avance del contenido de la misma. 4° Proyección de la película 5° Se procede al análisis de los personajes y argumento de la película 6° Relacionar los temas propuestos en la película con la problemática de los pacientes. 7° Exposición de las conclusiones y comentario final del psicólogo terapeuta.

CASO CLÍNICO



II. CASO CLÍNICO

2.1 Historia Clínica

2.1.1 Datos de filiación

Nombre	:	Cecilia LC
Edad	:	50 años
Fecha de Nacimiento	:	31 de mayo de 1963
Lugar de Nacimiento	:	Callao
Lugar de Procedencia	:	Pueblo Libre
Estado Civil	:	Casada
Grado de Instrucción	:	Superior Docente
Ocupación Actual	:	Su casa
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente

2.1.2 Enfermedad actual

Paciente viene a consulta por presentar síntomas de insomnio, irritabilidad, sentimiento de soledad, desgano pesimismo, preocupaciones constantes y conducta agresiva. Se identifica como estresores psicosociales la enfermedad de la madre (demencia parkinsoniana), conflicto de pareja por infidelidad y mala relación con hermanos.

Demencia asociada a enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson es una trastorno degenerativo del sistema nervioso central, al inicio predominan síntomas motores extrapiramidales, y se produce gradualmente temblor de reposo, rigidez, lentitud de movimientos voluntarios, pérdida de equilibrio, irritabilidad o depresión sin razón aparente y finalmente se produce demencia: pérdida de memoria (relatan hechos pero no recuerdan cuando sucedió).

2.1.3 Antecedentes

Cecilia refiere que hace un año su madre presenta síntomas de demencia:

> *"Ella vivía conmigo y vi su evolución, se fue deteriorando, por momentos me reconocía y otras veces no. Los últimos días que la tuve en casa ya ni dormíamos porque quería salir a la calle, la teníamos encerrada porque me desconocía, no dejaba que me acerque, no comía, gritaba e intentaba agredirme. Yo no podía creer lo que me estaba pasando. Decidí llevarla a una clínica y mi hermano me increpó por qué la había llevado, pero ahí nos explicaron que tenía Demencia Parkinsoniana, que iba a seguir deteriorándose y por ello no la podíamos tener en casa".*

Refiere que la llevó al hospital Larco Herrera donde estuvo 8 días hospitalizada, luego la internó en una clínica psiquiátrica particular, Cecilia no dejaba de ir a verla a la clínica todos los días. Sus hermanos y tías permanentemente le reclamaban, la acusaban de maltratar a su madre y la calificaban de malagradecida. En Octubre del 2010, su mamá sufre una caída, las tías (hermanas de mamá) culparon a Cecilia y se pusieron de acuerdo con sus hermanos para sacarla de la casa de reposo y es así que la llevaron a la casa de una de las tías:

> *"Mis hermanos y mis tías me reclamaron, decían que yo debía cuidarla y no llevarla a un manicomio. A pesar de ello, yo seguía visitando a mamá, soportaba la indiferencia de mis tías. Cuando estaba lúcida, que duraba poco tiempo, me pedía que la llevara conmigo, pero luego caía en la confusión, agitación y así no me la podía llevar a casa, todo esto me está agobiando".*

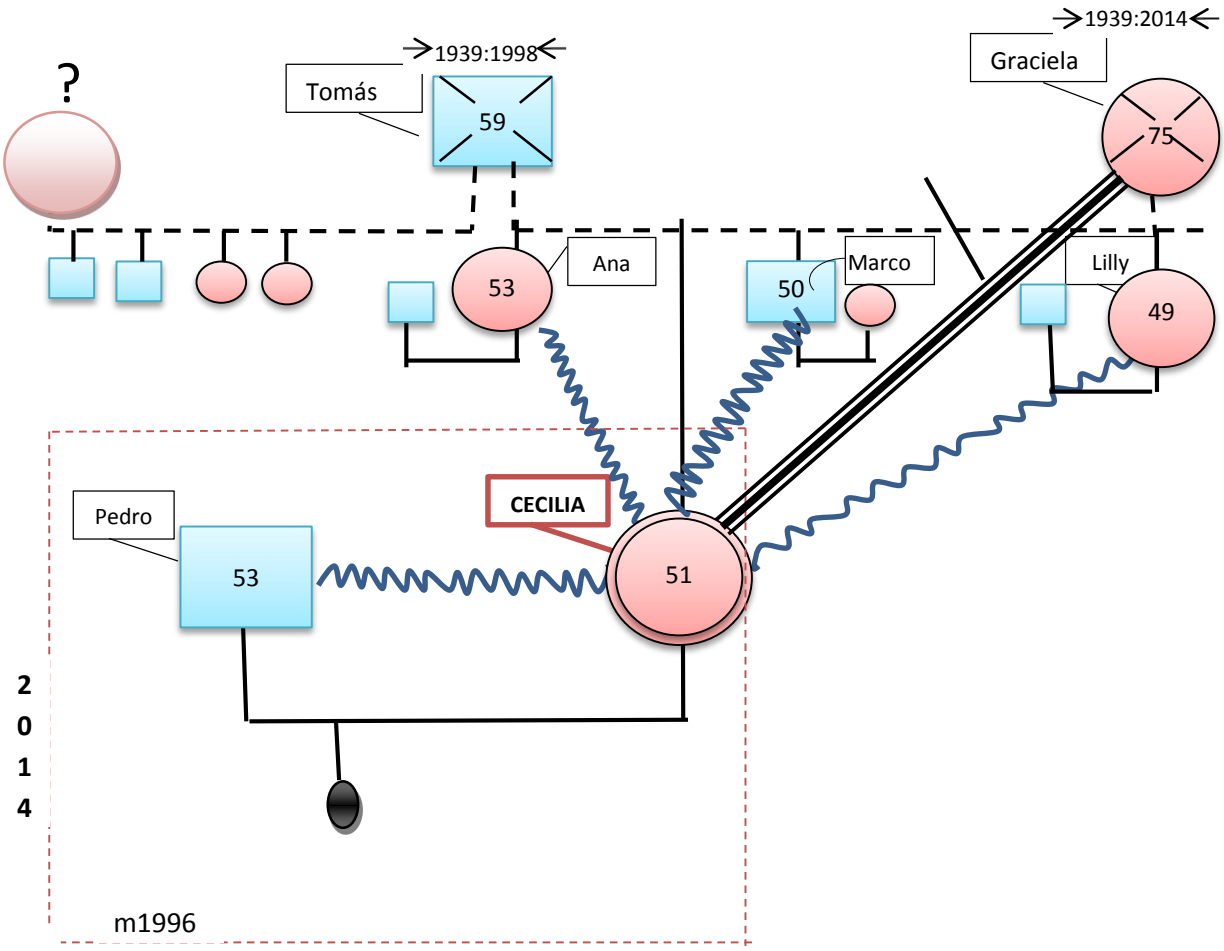
Refiere que después la familia reconoció que era necesario llevarla a una casa de reposo; en estos últimos meses refiere que su mamá ha estado en diferentes casas de reposo ya que se ha caído repetidas veces por problemas en su cuidado.

En enero 2011 acude a Salud Mental del Hospital Rebagliati y la hospitalizan por 6 días. Refiere Cecilia que sus hermanos deciden llevarla a otra casa de reposo y se negaron a darle la dirección, ellos no le permitían verla, luego de enterarse donde estaba demostró a su familia que tampoco estaba bien cuidada, fue entonces que busco una casa de reposo mejor y sus hermanos estuvieron de acuerdo y es donde está ahora.

> "*La visito todas las tardes y me sigue pidiendo que la lleve conmigo, en otras ocasiones no me reconoce, todo esto ha sido difícil tolerar, me agobiaba; mi mamá cada día se ponía peor, temo estar mal cuando ella muera y no lo tolere, quiero prepararme para ello, realmente me he sentido como cuando me enteré que mi esposo me fue infiel".*

Recibe atención en psiquiatría, le prescriben sertralina y clonazepan y la remiten a Psicología para realizar su evaluación y perfil de personalidad.

FAMILIOGRAMA



2.1.4 Historia personal

2.1.4.1 Desarrollo inicial

Cecilia informa que nació a término, su parto fue normal, sin problemas perinatales. Recibió lactancia materna hasta el año y medio de edad aproximadamente, luego la alimentaron con biberón. Tuvo controles periódicos con pediatra para su programa de vacunas y algunos problemas de salud propios de la edad. Su desarrollo psicomotor fue normal, caminó al año y dos meses y habló algunos meses después (no especifica).

Recuerda que era la engreída de mamá, siempre la complacía de lo contrario hacía rabietas y pataletas. Mamá era sobreprotectora pero también era muy exigente sobre todo con la limpieza. Dice que era rígida, no los dejaba salir a la calle, no quería que tengan amigos porque vivían en una zona peligrosa. Sin embargo, no utilizaba castigos físicos para corregirlos. Mamá trabajaba durante el día, es por ello que decidió que los hermanos Ana y Lili, se quedaran al cuidado de la abuela y tía materna y Cecilia se quedó con mamá con su hermano Marco, con quien tiene una mejor relación. Por esta razón se fortaleció su relación con mamá ya que estuvo muy cerca de ella. Refiere por otro lado que papá nunca vivió con ella, al principio no lo entendía porque solo los visitaba, pero cuando enfermó se entera que él tenía otra familia y mamá lo sabía y es por ello que lo veía poco, cuando venía a casa casi no conversaban, era poco cariñoso.

Refiere que era alegre y juguetona con su hermano, interactuaba socialmente solo con sus compañeras de colegio ya que no tenía otras amistades porque su mamá era muy restrictiva, sin embargo, a partir de la adolescencia se vuelve retraída y poco comunicativa, experimentaba temor de ser rechazada por sus compañeros de colegio.

2.1.4.2 Educación

Comenta Cecilia que era buena alumna, responsable con sus tareas. Durante sus estudios primarios su desenvolvimiento social era normal, recuerda que fue adquiriendo más confianza y seguridad en su relación con los demás, era amiguera y además líder, tenía influencia en sus amigas del colegio. Su vida social era casi siempre en el colegio, porque mamá era sobreprotectora y no permitía que salgan a jugar a la calle. Cuando estaba en casa solía jugar con sus hermanos y sus juegos eran más de tipo pasivo, jugaba a la tiendita o juegos de mesa y se molestaba mucho cuando perdía.

En secundaria su rendimiento bajó, no entendía algunas tareas ya que mamá no tenía mayores estudios y no podía ayudarla con las tareas que la profesora le daba para casa, es por ello que recibió curso de nivelación en el colegio, esto afectó su desenvolvimiento social y se volvió tímida y retraída. Ingreso a la universidad a la Facultad de Educación y logró obtener su título profesional en Educación Inicial. Actualmente estudia dibujo arquitectónico motivada por la carrera profesional de su esposo.

2.1.4.3 Ocupación

Desde los 20 años trabajó como docente en un colegio, al comienzo se sentía a gusto, se describe como eficiente, responsable y puntual. Hace 8 años se ve obligada a renunciar debido a que nombran a un nuevo Director en el colegio donde trabajaba y todo comenzó a cambiar. Aduce que se cometían muchas injusticias, le aumentaron las horas de trabajo, surgieron problemas entre el personal, le redujeron el sueldo y además le pedían que engañase a los padres de familia entre otras razones. El ingreso económico no era significativo y su esposo estuvo de acuerdo en asumir la responsabilidad total de las necesidades de su hogar.

Actualmente se dedica a su casa, apoya a su esposo en algunos trabajos especialmente cuando tiene que construir maquetas, refiere que tenía habilidad para estos trabajos, es por ello que se decide a estudiar dibujo arquitectónico.

2.1.4.4 Enfermedades y accidentes

Cecilia a lo largo de su vida sufrió algunas enfermedades como:

- Hepatitis A (1997)
- Aborto espontáneo (2005)
- Neuronitis en oído derecho (recurrente)
- Colecistectomía (2006)
- Quistectomía (mama derecha) (2000)
- Traumatismo por compresión de dedos mano izquierda (2010)
- Gastritis en remisión
- Sinusitis alérgica (recurrente)

2.1.4.5 Personalidad

Se define como una persona perseverante, impulsiva y renegona. Poco sociable desde la adolescencia y lo relaciona con las restricciones sociales que mamá le imponía. Sin embargo se define como una persona responsable, con importantes valores en su personalidad. Es puntual, organizada y muy cumplida con los compromisos adquiridos. Refiere que le es difícil establecer límites en el trabajo, termina siempre haciendo el trabajo de otros. Se considera además una persona “algo difícil” porque siempre espera que las cosas salgan bien, a veces es impaciente y en ocasiones se deja llevar por los “valores morales” de manera que puede volverse “pesada” para los demás según refiere.

Reconoce que es exigente, perfeccionista y autoritaria y por ello buscó una pareja pasiva, se da cuenta, además, que sobreprotege a su pareja y genera dependencia. Estas características le han traído problemas en el trabajo porque suele ser muy crítica y arrogante con los demás. Atribuye estos hechos a los pocos amigos que tiene. Por otro lado señala también que procura no pensar mucho en el futuro prefiere vivir el presente.

2.1.4.6 Desarrollo psicosexual

Menarquia a los 10 años de edad. Su primer enamorado lo tuvo a los 15 años y luego enamorados de unos días o meses sin mayor trascendencia. Además no duraba con las parejas porque mamá era muy sobreprotectora y no la dejaba salir. Recibió información sexual en el colegio, recuerda que sintió mucha vergüenza. No habló del tema con nadie ni con mamá. Niega haber sido objeto de abuso sexual.

Pedro fue su única relación seria y única pareja sexual, lo conoció a los 22 años edad y tuvieron su primera relación sexual a los 30 años, refiere que desde la adolescencia era muy prejuiciosa y mamá siempre hablaba de la virginidad. No considera su primera experiencia sexual como agradable sobre todo porque Pedro no fue nunca muy experto en el tema.

2.1.4.7 Historia familiar

Su padre era contador de profesión. Nunca vivió con Cecilia pero venía a casa todos los días temprano y también los fines de semana pero casi no tenía tiempo para departir con ella. En 1998 fue diagnosticado de leucemia y murió ese mismo año. Es este momento que Cecilia se entera de la existencia que papá tenía otra familia con 4 hijos más y su mamá tenía conocimiento de esta situación.

Cecilia es la segunda de cuatro hermanos y su madre al verse sola decide dejar a sus hijos mayores con su mamá y los menores se quedan a cargo de la madre. Ella califica a su mamá como sobreprotectora y restrictiva. Su carácter era fuerte, exigente y rígido. No era afectuosa, sin embargo, nunca utilizó castigos físicos para corregirlos; mamá no se interesaba por sus hermanos, decía que ellos no la querían y ella no los necesitaba y que la única que la entendía era Cecilia. Dice que siempre intentó cambiar la forma de pensar de su mamá con respecto a sus hermanos sin éxito.

Refiere que recuerda a su madre afligida, siempre llorando cuando papá no venía y sufría mucho porque a su mamá la ignoraba. Hace dos años le diagnostican Parkinson y al año siguiente se presenta cuadro de Demencia y, desde entonces fue observando con dolor como se iba deteriorando progresivamente.

Estuvo muy cerca de su madre durante la infancia y más aún desde que enfermó, fue entonces que acuerda con sus hermanos llevarla a su casa para asumir su cuidado y ellos apoyarla económicamente. Pasaba mucho tiempo con ella pero a pesar de sus cuidados, poco a poco notaba que no la podía dejar sola, los últimos días que estuvo en su casa la tuvo que dejar encerrada porque por momentos la desconoce, no dejaba que se acerque, no comía, gritaba e intentaba agredirla.

La relación con sus hermanos siempre fue distante sin vínculos de afecto, no hay mucha comunicación con ellos. Refiere que no se sentía a gusto en su ambiente familiar porque sentía demasiada presión de parte de sus hermanos ya que ellos consideran que por obligación debe tener a mamá en su casa porque la mamá tuvo muchas consideraciones con ella. Dice además que los hermanos no la quieren tener a mamá, querían quitarle e apoyo económico es por eso que han tenido que pasar por un proceso de conciliación para ver los gastos económicos de la madre. Últimamente hay muchos problemas de celos entre ellos por la salud de mamá y por la repartición de las propiedades.

Como antecedentes familiares refiere que tiene un tío materno que es “nervioso” y consume drogas y un tío abuelo materno se suicidó luego de ser diagnosticado de enfermedad de Parkinson.

2.1.4.8 Historia marital

Pedro, su esposo, es arquitecto y se conocieron cuando tenía 22 años, se casaron 10 años después.

> *"Al principio yo no estaba enamorada de él, pero me dijo que intentemos y poco a poco me fui enamorando, me gustó porque era galante, educado, protector y complaciente".*

Los primeros años vivieron en la casa de la familia de él, ella estaba pendiente de él, lo despertaba temprano para ir a trabajar, le preparaba la lonchera todos los días, tenía buena relación con su suegra. En general la familia de su esposo le tenía afecto y la apoyaban cuando discutían.

Después hubo problemas con la familia del esposo cuando descubre que el papá era infiel a su suegra. Cecilia comenta este suceso a su esposo y le insiste para que cuente la verdad a su mamá y como él se niega, decide hacerlo ella. La suegra al conocer esta verdad discute con el esposo, pero al final hace caso omiso al problema y no toma ninguna acción al respecto. Refiere Cecilia que desde entonces su relación con ellos se fue deteriorando hasta que decide no visitarlos más; cuando su esposo visitaba a su familia ella prefería quedarse con mamá.

Cuando se casaron decidieron no tener niños tan pronto y utilizaron píldoras anticonceptivas y luego condón. La principal razón de no tener descendencia era que el esposo tenía pendiente sacar su título de arquitecto

> "En aquel tiempo yo era la que trabajaba y él se dedicó a sacar su título profesional. Es poco comunicativo y en la intimidad muy tímido. Yo no me sentía satisfecha y su carácter pasivo llegó a molestarme mucho y respondía con mucha agresividad contra él y fue peor después de la infidelidad".

En el año 2005 embaraza pero al poco tiempo tuvo un aborto espontaneo y le hacen un legrado; refiere "*fue dolorosa la pérdida para los dos"*. Intentaron nuevamente pero sin éxito. Cuando Cecilia tiene 40 años acuden a Concebir y luego de muchos exámenes le detectaron signos de premenopausia. Luego, como parte del tratamiento por infertilidad, les plantearon otro procedimiento llamado fecundación con óvulo donado, pero refiere que él estaba inseguro, prejuicioso y por último se negó a optar por esta opción..

> *"Lo culpé y se lo reclamé cada vez que podía, pero yo ya acepté mi situación de maternidad. Hace 6 años no mantenemos relaciones, no quiere acercarse a mí. He decidió estar sola y quiero que se vaya, su presencia me frustra, me irrita, le grito y crítico. Siempre le reclamo que no es el hombre ideal que espero. Tengo que estar detrás de él, es como un niño, a veces me llaman de su trabajo porque no cumple con los trabajos que hace por su cuenta y me molesta por su irresponsabilidad, tengo que estar diciéndole, llamándole la atención. Es tan tonto que ha prestado dinero a su hermano con las tarjetas y no le cobra. Siento que hay algo que nos mantiene lejos, Me es difícil que afloren mis sentimientos".*

Refiere que precisamente cuando le reclamó que no tenían relaciones sexuales, el esposo le confiesa su infidelidad, que tenía otra relación con una mujer que conoció en su trabajo, le dijo que estaba confundido y que se iría de la casa; sin embargo, nunca se fue de casa y ella tampoco lo obligó a que se vaya. Desde entonces se volvió más agresiva con él, estaba irritable, "buscaba dormir y no despertar", le incomodaba la bulla, no toleraba la televisión y en cada discusión le recordaba su falta.

> *"Le tengo asco, cólera". Lo he amenazado con vengarme, que voy a hacer un escándalo en su trabajo y que lo van botar cuando sepan con quien se ha metido y se va a quedar sin trabajo y solo porque nadie lo iba a tolerar como yo",*

Sin embargo, refiere que nunca cumplió sus amenazas pero la relación era cada vez más insostenible pero tampoco deseaba que se vaya. Reconocía que experimentaba sentimientos encontrados, en ocasiones sentía cólera e impotencia y hasta la sensación de haber sido su objeto de burla y, en otras ocasiones, tenía deseos de hablarle y escuchar sus disculpas para volver a la normalidad.

Pasaba el tiempo y Pedro no daba señales de arrepentimiento y ella no iba a tomar la iniciativa, por lo tanto, seguían juntos, no se hablaban, cada uno se dedicaba a lo suyo, él en su trabajo casi todo el día y ella visitando a su madre. Solo se dirigía a él para pedirle dinero para los gastos de la casa, y el tema económico nunca fue motivo de discusión ya que Pedro abastecía todo sus gastos. El dinero fue motivo de discusión solo cuando Cecilia le reclamaba que prestara dinero a su familia y no le importara que no le devuelvan, veía que a veces contraía deudas apoyarlos económicamente pero Pedro nunca escuchó estos reclamos y tampoco discutía con su familia por los préstamos que les hacía porque nunca valoró el dinero "era demasiado solidario" agregó.

2.1.5 Examen clínico psicológico

2.1.5.1 Descripción física

Cecilia mide 1,54 de estatura, es de raza mestiza, contextura normosómica, aparenta menor edad que la cronológica. Su rostro ovalado, rasgos finos, ojos grandes de color pardos y labios delgados ligeramente maquillados; su cabello lo ha teñido y se observa medianamente largo y lacio. Viste de acuerdo a la estación y con buen estado de higiene y aseo personal, no hay rasgos físicos positivos. El apetito es normal aunque refiere algunas molestias gástricas.

2.1.5.2 Conciencia y niveles de alerta

Conciencia lucida, orientada en tiempo, espacio, persona y los demás. Es capaz de mantener una conversación y dar respuestas asertivas a las preguntas simples que se le formulan propias de la entrevista y evaluación. Demuestra adecuada integración de los aspectos sensitivos, sensoriales, intelectuales y afectivos que posibilitan el conocimiento respecto de sí mismo y de los demás.

2.1.5.3 Pensamiento

Durante las sesiones mostró curso normal del pensamiento, discurso coherente, con buen nivel de abstracción para el análisis de algunas situaciones complejas propuestas como parte de la entrevista. En lo que corresponde al contenido del pensamiento, éste se encuentra invadido por temas recurrentes caracterizado por ideas pesimistas y hasta de muerte con respecto a su mamá; así mismo, es persistente el recuerdo de la infidelidad de parte de su esposo.

2.1.5.4 Atención y concentración

La paciente presenta reacciones acordes con la realidad que la rodea, evidenciando un adecuado sentido de atención y concentración para con la entrevista; sin embargo, refiere que en ocasiones le resulta difícil poder concentrarse en una actividad determinada, estos episodios de distractibilidad son intermitentes y, según refiere, especialmente se evidencian cuando se encuentra preocupada con respecto a su madre o su esposo.

2.1.5.5 Lenguaje

Durante las entrevistas, la paciente mantiene un lenguaje claro y fluido, evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje. Cabe resaltar que su narración es poco expresiva en cuanto a gestos, aunque detallada en cuanto a información, predomina el lenguaje oral al gestual.

2.1.5.6 Funciones Cognoscitivas

Sus funciones cognoscitivas no muestras alteraciones. Denota razonamiento lógico y deductivo en la evaluación de algunos eventos de su historia personal. Memoria a corto y largo plazo sin alteraciones aunque revela presentar algunos olvidos asociados a la preocupación por sus problemas, pero no afectan de manera importante su desempeño en la rutina diaria.

2.1.5.7 Percepción

Revela adecuada organización e interpretación de los estímulos que recepciona a través de los órganos sensoriales, lo que implica buen funcionamiento de su mundo interior con respecto al mundo circundante así como adecuada concordancia entre el estímulo y la significación del objeto.

2.1.5.8 Afectividad y estado de ánimo predominante

Su estado de ánimo predominante es de tristeza e irritabilidad emocional y responde a situaciones significativas que atraviesa y surgen cuando habla de temas que le generan desazón o preocupación. Esto es, irritabilidad e indecisión con respecto a su esposo; ansiedad frente a la enfermedad de la madre, tristeza al ver que se va deteriorando, sentimiento de culpa con respecto a no haber expresado sus afectos a mamá cuando estaba sana, pesimismo y temor de no poder enfrentar la situación si su madre muere.

2.1.5.9 Motricidad, praxias y lateralidad

No hay trastorno motor o de la marcha, sin embargo, su caminar es lento y su nivel de actividad se muestra ligeramente disminuido asociado a la medicación antidepresiva que le ha prescrito su médico. Presenta lateralidad derecha. No se evidencia dificultades en cuanto a praxias simples, complejas o de lateralidad desde la observación directa.

2.1.5.10 Sueño

El sueño se encuentra algo alterado, muestra dificultad para conciliar el sueño por preocupaciones respecto a su pareja y enfermedad de la madre.

2.1.5.11 Actitud frente a la evaluación

Denota actitud de colaboración y apertura en el transcurso de las sesiones, mostrándose receptiva a las preguntas formuladas y con disposición para brindar amplia y detallada información respecto a diversos aspectos de su historia personal. Su actitud es de respeto permanente hacia el examinador

2.2 INFORME PSICOLÓGICO

2.2.1 Datos de Filiación

Apellidos y Nombre	:	CECILIA LC
Edad	:	48 años
Sexo	:	Femenino
Lugar de nacimiento	:	Bellavista-Callao
Estado civil	:	Casada
Grado de instrucción	:	Superior Educación Inicial
Ocupación	:	Estudia dibujo arquitectónico
Lugar de procedencia	:	Pueblo Libre
Religión	:	Católica
Informante	:	La paciente

2.2.2 Motivo de Consulta

Cecilia viene a recibir atención psicológica a Hospital de Día por presentar síntomas ansiosos depresivos caracterizados por insomnio, irritabilidad, sentimientos de soledad, desgano pesimismo, preocupaciones constantes y conducta agresiva. Sus estresores psicosociales son la enfermedad de la madre (demencia parkinsoniana), conflicto de pareja por infidelidad y mala relación con hermanos.

2.2.3 Problema actual

Paciente viene a Hospital de Día por presentar hace 3 semanas más o menos síntomas de angustia, ansiedad, inseguridad, pérdida de interés en labores cotidianas. Refiere sentir tristeza, e irritabilidad, estas emociones surgen cuando habla de temas que le generan preocupación, dice que experimenta rabia, irritabilidad e indecisión con respecto a su esposo, duda en querer seguir con la relación o separarse.

También dice sentir ansiedad y angustia por la enfermedad de la madre, le diagnosticaron demencia parkinsoniana y la entristece ver que se va deteriorando. Por momentos no la reconoce y quiere agredirla. Tiene sentimientos encontrados, por un lado resentimiento por haber sido tan estricta, por otro lado, sabe que fue la hija que más atención recibió de su madre, por ello, experimenta sentimiento de culpa por no haber expresado sus afectos a mamá cuando estaba sana, pesimismo por el pronóstico de su enfermedad y temor de no poder enfrentar la situación si su madre muere.

2.2.4 Observaciones Generales

Cecilia mide 1,54 de estatura, es de raza mestiza, contextura normosómica, aparenta menor edad que la cronológica. Su rostro ovalado, rasgos finos, ojos grandes de color pardos y labios delgados ligeramente maquillados; su cabello lo ha teñido de color rojizo oscuro y se observa medianamente largo y lacio. Viste de acuerdo a la estación y con buen estado de higiene y aseo personal.

Se encuentra lucida, orientada en tiempo, espacio, persona. Demuestra buena actitud frente a la evaluación, se observa adecuado sentido de atención y concentración a las instrucciones indicadas; sin embargo, refiere que en ocasiones le resulta difícil poder concentrarse en una actividad determinada, manifiesta que estos estos episodios de distractibilidad son intermitentes y, según refiere, especialmente se evidencian cuando se encuentra preocupada con respecto a la salud de su madre o recuerda el problema de infidelidad de su esposo. Su lenguaje es claro y fluido, evidencia normalidad en cuanto a los procesos comprensivos y expresivos del lenguaje.

2.2.5 Pruebas Psicológicas

- Entrevista semiestructurada
- Historia clínica
- CI emocional de Baron
- Inventario Multiaxial de Millon II

2.2.6 Resultados

La paciente posee nivel intelectual normal promedio. Demuestra capacidad de análisis, síntesis e integración de la información. Posee habilidad para planificar y ejecutar planes. Su cociente de inteligencia emocional se encuentra dentro de los parámetros normales, lo que indica que la mayoría de los componentes del CI emocional se encuentran bien desarrollados. Sin embargo, sus valores decaen en las áreas que tienen que ver con solución de problemas, área interpersonal y manejo del estrés. Cecilia es eficiente y organizada, aunque le falta flexibilidad y espontaneidad, su perfeccionismo afecta su capacidad de decidir y de completar tareas ordinarias, es así que limita su creatividad, aspiraciones y desarrollo en general.

Como características de personalidad, es egocéntrica, rígida, autoritaria y obstinada. Generalmente transmite un aire de austeridad y seriedad característico, sin embargo, restringe sentimientos cálidos y mantiene sus emociones bajo estricto control. Es además desconfiada, susceptible, poco social y se mantiene en una permanente actitud de reserva. Sus disciplinadas autorrestricciones sirven para el control de emociones y sentimientos opuestos, por lo general su comportamiento es variable, unas veces suele ser amable y conciliadora, otras irritable, agresiva y hostil y en otras ocasiones puede experimentar sentimiento de culpa y arrepentimiento. También pueden aparecer expresiones de agresividad frente a la frustración o estrés.

Presenta, además, dificultad para reconocer y empatizar con los sentimientos de los demás ya que es desconfiada y suspicaz, por ello, insiste en hacer las cosas a su manera sin tener en cuenta los argumentos, sentimientos o repercusiones de sus actos en los demás y, para evitar la confrontación, crítica o rechazo, asume un comportamiento conservador y normativo. Su comportamiento es formal, regido por normas frente a las figuras de autoridad porque busca seguridad y aprobación, en cambio, con los subordinados se conduce como dominante y censuradora para compensar sus necesidades de poder.

Su dinámica familiar es disfuncional, percibe a la figura paterna como ausente, poco proveedora de afecto, experimentando sentimientos de abandono y vacío afectivo; y, a la madre, como exigente, rígida, restrictiva. Su estilo de crianza familiar se caracterizó por restricciones y excesivo control, generándole un vínculo de gran proximidad con su madre, estableciéndose así una comunicación estrecha, muchas actividades en común y poca apertura al intercambio social. No cuenta con redes de soporte familiar ni social.

Se identifica con su rol genérico. Su experiencia familiar la ha conducido a tipificar el rol sexual femenino con características de poder, dominio y frialdad afectiva. Es así que las restricciones emocionales y afectivas y su carácter autoritario y agresivo han afectado su relación de pareja.

2.2.7 Conclusiones

- Presenta un nivel intelectual normal promedio. posee capacidad de análisis, síntesis e integración.
- Coeficiente de inteligencia emocional general dentro de la categoría normal. En los aspectos factoriales sus valores decaen en áreas de solución de problemas, relaciones interpersonales y manejo del estrés.
- Rasgos de personalidad la describen como egocéntrica, rígida, autoritaria y obstinada. Restringe sentimientos cálidos y mantiene sus emociones bajo estricto control y con dificultad para reconocer y empatizar con los sentimientos de los demás. Busca seguridad y aprobación de las figuras de autoridad, en cambio, con los subordinados se conduce dominante y censuradora.
- Inmadurez psicosexual, ejerce rol sexual femenino con características de poder, dominio y frialdad afectiva. Muestra indicadores de conflicto en su relación de pareja generadas por su estilo crítico y restrictivo en temas de afecto.
- Dinámica familiar disfuncional. Resentimiento con la figura paterna a quien percibe ausente e indiferente. experimenta sentimientos ambivalentes hacia la madre.

2.2.8 Diagnóstico

Eje 1: Trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2)

- Presentación simultánea y crónica de diversos síntomas no graves de ansiedad y depresión.
- Establecimiento gradual del cuadro clínico con diferentes estresores psicosociales (conflicto con familia de origen y de pareja)
- Adaptación deficiente a la vida cotidiana asociados básicamente a rasgos de personalidad.

Eje 2

- Trastorno de personalidad mixta con rasgos rígidos, desadaptativos, evitativos caracterizados por inhibición social y temor a afrontar demandas sociales.

Eje 3

- Ninguno

Eje 4

- Problema relativo al grupo primario de apoyo (Z63)
  - Problemas en relación a la pareja (Z63.0)
  - Problemas relacionados con padres (Z63.0)
  - Ausencia de miembro de la familia (Z63.3)

Eje 5: Escala de funcionamiento global: Código 70

- Estado de ánimo deprimido, insomnio leve, dificultad en el comportamiento familiar y social.

2.3 Intervención Psicoterapéutica

El tratamiento psicoterapéutico se efectuará según el enfoque de la Psicoterapia Gestalt

2.3.1 Sustento teórico

2.3.1.1 Psicoterapia Gestalt

La Psicología de la Gestalt tiene como pioneros a Koffka (1973), Kóhler (1963), Brown y Voth (1937) y Wertheimer (1925) quien señaló que la percepción tiene un carácter de totalidad, y que una configuración o gestalt, se destruye en el momento en que se pretende comprenderla y analizarla a través de la fragmentación de sus partes.

Frederick Perls introdujo el concepto de motivación en la percepción de la teoría de la Gestalt, dando lugar a la psicoterapia gestáltica quien sostiene que el organismo y ambiente son dos campos en total interrelación, condicionándose mutuamente La conducta "normal" o patológica depende de la capacidad que tiene el organismo para satisfacer sus necesidades sin oponerse a las demandas del mundo externo. El organismo se ajusta lo mejor que puede a esas demandas.

Tiene como base el enfoque fenomenológico ya que se centra en lo que ocurre en el momento. Así también toma de la teoría de campo el método para observar, describir y explicar el campo total del evento. Se centra además en el existencialismo al sostener que las personas están interminablemente rehaciéndose o descubriéndose a sí mismas.

2.3.1.2 Gestalt y su formación

La persona integrada está en proceso continuo de formación y eliminación de Gestalt, cuando las necesidades han sido satisfechas son eliminadas y sustituidas por otras en un proceso continuo. Cuando ocurre alguna interrupción en el proceso, ya sea por represión, inhibición o cualquier otra circunstancia, aparecen desajustes y desórdenes en su personalidad, ya que se detiene su proceso de crecimiento y maduración.

2.3.1.3 Principales postulados de la Gestalt

- Figura y fondo: Figura es el evento que se percibe como sobresaliente en el campo perceptual y tiene forma definida; mientras que el fondo es algo indefinido y su función es servir de base a la forma. El dominio de la figura en campo de la conciencia lo definen los sentimientos, emociones y necesidades que emergen presionados por una carencia o una presión.
- Homeostasis: Mecanismo fisiológico de autorregulación mediante el cual el organismo hace intercambios con el ambiente para mantener su equilibrio físico, psíquico y social. Este equilibrio homeostático es sinónimo de salud.
- Emoción: Excitación que surge en el organismo como consecuencia de una necesidad y pone en marcha a la persona en busca de su satisfacción. Surge por las carencias internas o de las relaciones o contactos con el ambiente.
- El darse cuenta: Capacidad que tiene todo ser humano para percibir y comprender lo está sucediendo dentro de sí mismo, en el mundo que le rodea y en la fantasía o imaginación.
- Asuntos pendientes: Son aquellos sentimientos y emociones que no se han expresados en el momento en que surgieron o cuando tomó conciencia de ellos.

- Ciclo de la experiencia: Este ciclo pretende reproducir cómo los sujetos establecen contacto con su entorno y consigo mismo. Explica también cómo surgen las figuras del fondo difuso, y cómo una vez satisfecha la necesidad esta figura desaparece.

2.3.1.4 Técnicas de tratamiento

Las técnicas de tratamiento son las siguientes:

- Técnicas supresivas: Pretenden evitar o suprimir los intentos de evasión del aquí y ahora (vivenciar).
- Técnicas expresivas: Se busca expresar lo no expresado. Se utilizan inducciones imaginarias para que afloren situaciones inconclusas.
- Técnicas integrativas: Sirven para integrar aspectos parciales, hacerse responsable de los propios sentimientos, pensamientos, palabras y acciones.

2.3.1.5 Estrategias psicoterapéuticas

Las estrategias psicoterapéuticas son variadas, describiremos las más representativas y las que se utilizarán en el caso clínico presentado.

- Silla vacía

Es una técnica adecuada para trabajar proyecciones y reestructurar la interpretación de conflicto. Para su ejecución se debe contar con 3 sillas, dos de ellas se colocan frente a frente y la restante en medio de ambas. De esta forma quedan como si fuera un triángulo. Luego el terapeuta solicita al paciente que escoja una de las dos sillas que se encuentran frente a frente, invitándole a que se conecte, con su zona interna a través de la respiración. Con su imaginación el paciente debe buscar a su otra polaridad y situarla en la otra silla, iniciando un diálogo que le ayudará a comprender el proceso que lo lleva a que se bloquee.

La tercera silla, conocida como integradora, se utiliza para que el paciente pueda tomar de cada uno de los personajes imaginados en los que representó lo mejor de ellos, eliminando aquello que ya no sirve.

- Confrontación

Es una estrategia terapéutica ideal cuando el paciente se encuentra enfadado o molesto con otra persona, pero desea conservar esa relación en buenos términos porque la considera como importante. El paciente debe seguir los siguientes pasos:

- ✓ Debe iniciar una conversación consigo mismo con aquella persona con la que se encuentra molesto.
- ✓ Iniciar la conversación diciendo “estoy molesto contigo porque…”.
- ✓ Una vez expresado el motivo del resentimiento, finalizar diciendo la siguiente frase: “estoy agradecido contigo porque…”.
- ✓ Es importante repetir esta frase de forma continua hasta que sienta que el resentimiento desaparece totalmente.

- Descarga emocional

El resentimiento es la acción y efecto de tener un sentimiento negativo, pesar o enojo. Por tanto, es fundamental que la persona se enfrente a él, para tal fin se necesita una almohada o cojín, para que el paciente golpee repetidamente hasta que libere o descargue la emoción negativa.

2.3.2 Procedimiento Psicoterapéutico

Se procederá a intervenir considerando las siguientes áreas:

- Área afectivo-emocional
- Área familiar
- Área de pareja
- Área de relaciones interpersonales

Para el inicio de cada sesión terapéutica se suele utilizar una fantasía dirigida o determinados juegos gestálticos que promuevan o actualicen determinada experiencia o asunto inconcluso y se le invita al paciente para completarlo en terapia. Esto suele hacerse a través de un encuentro figurado con la persona o situación a fin de expresar abiertamente aquellos sentimientos que no se atrevió a expresar en otro tiempo. Luego se procede a reestructurar los pensamientos que generaron el conflicto con ese personaje.

Se disponen de herramientas para accionar de tres modos diferentes, que son utilizados en forma sucesiva y alternada y a veces simultáneamente. Estos modos de accionar son: dinámicas gestálticas de autoconocimiento, la catarsis, el trabajo específico con los bloqueos de la energía y los reaprendizajes.

A continuación se describen los procedimientos terapéuticos aplicados en las áreas antes señaladas, detallando la identificación específica del problema a intervenir, el relato de la sesión terapéutica y los resultados reportados por el propio paciente.

2.3.2.1 Área afectivo emocional

Objetivo de tratamiento:

- Reconocer sus defectos y asumir la responsabilidad de sus actos
- Reconocer sus habilidades para dar y recibir afecto

	Identificación del problema	Sesión terapéutica	
		Dinámica Gestalt	**Resultados**
ÁREA AFECTIVO EMOCIONAL		**Autoconocimiento**	
	Cecilia es egocéntrica, rígida, autoritaria y obstinada, irritable, agresiva y hostil. Tiende a señalar los errores y defectos en los demás, mas no logra identificar los propios.	"Riña Familiar" Se forman "familias" integradas por 4 personas, se asignan roles de papá, mamá, 1 hijo y 1 hija, Se plantea un conflicto familiar y se le asigna a cada miembro roles: Autoritario, evasivo, predicador y apaciguador. Se procede a dramatizar el conflicto y se van rotando cada uno de los roles señalados.	Se identifica con el rol inculpador y evasivo. Siempre cree tener la razón y no escucha los argumentos de los demás. Defiende su posición con agresividad. Se da cuenta que esta conducta ocurre tanto en su medio familiar como de pareja.
	Cecilia restringe sentimientos cálidos y mantiene sus emociones bajo estricto control. Es desconfiada, susceptible y se mantiene en una permanente actitud de reserva.	*"Dar y recibir afecto"* Se indica a Cecilia que se ubique en pareja e imagine que su compañera es una persona a quien le agradaría dar y recibir afecto y proceda a contactar con ella con afecto. Cuando estuvo en el rol de dar afecto se le notó resistente, su mirada era inexpresiva, indiferente. Cuando le tocó recibir afecto mejoró, pero aun así no parecía receptiva.	*"Me di cuenta que no doy afecto y, siempre espero que adivinen mi deseo de afecto y me resiento cuando no lo recibo. Con mis amistades no me acerco a darles un beso de despedida y los demás me perciben como fría, distante y yo percibo que son ellos los que se alejan"*

2.3.2.2 Área Familiar

Objetivo de tratamiento:

- Resolver resentimiento con su padre

	Identificación del problema	Sesión terapéutica	
		Dinámica Gestalt	**Resultados**
ÁREA FAMILIAR	"FIGURA PATERNA" Cecilia percibe a su padre como ausente y poco proveedor de afecto. Experimenta resentimiento por haber fallado como padre y pareja de su madre.	Técnica "silla vacía": Se le pide que cierre los ojos y establezca un diálogo imaginario con papá. Se le instiga a decirle lo que piensa y siente por él incluyendo críticas, reclamos y afectos. Cecilia: "Veo tu mirada fría, seria. ¿Por qué no vives con nosotros? Mamá sufre mucho porque tú la engañaste. Papá: Lo siento hija, no puedo hablar con tu madre, su carácter es difícil, discutimos, no me escucha. Su razón de vida siempre fueron sus hijos. A pesar de eso yo siempre los visito y me preocupo por ustedes. Cecilia: Te entiendo papá".	Reconoció que su mamá se dedicó a ser madre y descuidó a su esposo. Mamá le contaba sus problemas y es así que se parcializa con mamá y se aleja de él. Se da cuenta que como padre cumplió y se preocupó por sus hijos. Siempre llegaba a casa temprano y estaba los fines de semana con ellos. Decide no intervenir más en el tema pareja de su madre y decide no juzgar y acercarse a papá.

Al explorar situaciones del pasado que aun revive como doloroso y que son una fuente de dificultades en el presente, se "construye" una relación que la ayuda a no intervenir en asuntos no le corresponden. Aprende a desarrollar nuevas formas de interpretar los hechos y tomar las riendas de su propia vida.

Objetivo de tratamiento:

- Resolver ambivalencia afectiva con su madre
- Identificar proyecciones

AREA FAMILIAR	"FIGURA MATERNA" Cecilia percibe a su madre como exigente, rígida, restrictiva, y también sobreprotectora. Revela sentimientos ambivalentes quiere mucho a su madre pero no se acerca a abrazarla o darle cariño.	Se utiliza técnica silla vacía: Se le pide que cierre los ojos y establezca un diálogo imaginario con mamá. Se le instiga a decirle lo que piensa y siente por ella incluyendo críticas, reclamos y afectos. Cecilia: …no me gusta de ti que no comunicas lo que quieres, esperas que pregunte o adivine lo que quieres. Te resientes conmigo con facilidad…trato de que tengas una mejor calidad de vida y que mejores tu relación con mis hermanos. Mamá: No necesito de ellos, porque no tienen tiempo para mí o están muy cansados.	Cecilia se da cuenta que tiene los mismos defectos que su madre y que trata a su esposo como ella trató su padre y hermanos. Que también se resiente con su esposo porque no adivina lo que quiere y por eso él ha perdido interés por ella. "No quiero terminar sola como ella…Me ha ayudado mucho ver su historia"

En esta sesión Cecilia va adquiriendo la habilidad, no sólo de reincorporar partes suyas proyectadas en su madre, sino también la capacidad de ponerse en el lugar del otro. Esto le da una nueva perspectiva y percepción de la familia, que va a ser enriquecedora para su relación de pareja.

Objetivo de tratamiento:

- Aceptar enfermedad de la madre
- Resolver sentimientos de culpa

ÁREA FAMILIAR	"ENFERMEDAD DE LA MADRE" Cecilia siente pena porque su madre sufre de Parkinson y Demencia y se está deteriorando progresivamente. Hasta hace 1 año vivía en casa de Cecilia, pero tuvo que internarla en un asilo y este hecho le genera sentimiento de culpa.	Se utiliza técnica silla vacía: Se le pide que cierre los ojos y establezca un diálogo imaginario con mamá: "Mamá te veo en la casa de reposo, triste, delgada, débil por tu enfermedad. Siento culpa, no sé cómo ayudarte, siempre estuvimos unidas, cuando estás lúcida me pides te regrese conmigo. Mis hermanos me critican porque te traje aquí…no entienden...(llora) …yo quiero tenerte conmigo, pero ya no me reconoces, no comes, no duermes, gritas, te desorientas. no sé cómo ayudarte. ¿Qué puedo hacer?" Mamá: "No te preocupes hija, entiendo, estoy muy enferma y ya no puedes hacer nada y yo tampoco. Solo tengo cariño por ti porque me has cuidado siempre y me visitas a diario, descuidas a tu pareja por estar conmigo…y eso debe cambiar, quiero verte feliz	Se da cuenta que mamá no la culpa, que reconoce todo el tiempo que le dedicó y que, si tuvo que llevarla a un asilo es porque ya no podía cuidarla, que necesitaba de atención especializada. Termina bien, sabiendo que cada vez que la visita, se pone muy feliz de verla.

Objetivo de tratamiento:

- Tratar duelo por fallecimiento de madre

Durante el proceso de tratamiento recibe la noticia del fallecimiento de mamá.

Suspendió su terapia por una semana y al volver habló voluntariamente del tema:

		Dibujoterapia	Resultados
ÁREA FAMILIAR	Duelo por fallecimiento de mamá	Cecilia realiza un dibujo de un ataúd y un corazón grande, lo pinta de color rojo y coloca dos imágenes a cada lado, la de ella y su mamá. *Cecilia: "Mamá veo tu cuerpo inerte, me apena mucho verte así pero voy a guardar tu imagen bella y feliz, con esa sonrisa que siempre tienes para mí. Mi familia está temerosa porque siempre me vieron dependiente de ti pensaban, que no podría afrontar tu muerte…pero no es así. Ahora estás conmigo en mi corazón".*	Refiere que ahora su mamá es *"como un sentimiento, ya no siento culpa y acepto tu partida y te recordaré sana"*

2.3.2.3 Área de pareja

Objetivo de tratamiento:

- Resolver resentimiento por infidelidad de pareja

	Identificación del problema	Sesión terapéutica	
		Dinámica Gestalt	**Resultados**
ÁREA PAREJA	PAREJA: Infidelidad	Se utiliza técnica silla vacía: Se le pide que cierre los ojos y establezca un diálogo imaginario con su esposo. Se le instiga a decirle lo que piensa y siente por él incluyendo críticas, reclamos y afectos Cecilia: "Te desconozco, me das cólera y asco. Me voy a vengar yendo a tu trabajo para que se enteren y te boten. Nunca fuiste el hombre ideal para mí. Esposo: "Estoy confundido, busqué a otra pareja como refugio, no estoy interesado en ella, no pienso verla más. Pero tampoco soy feliz contigo, quero estar solo…en realidad siempre he estado sólo"	*"Me he dado cuenta que:* *He sido agresiva y mandona con mi esposo.* *Dediqué más tiempo a mi madre y no hemos tenido privacidad.* *No fui afectuosa con él.* *No lo escucho ni lo respeto. Siempre lo he criticado.* *No quiero ser así, él estuvo siempre conmigo apoyándome con mi madre y pendiente de lo que necesito".*

Objetivo de tratamiento:

- Instruir respecto a límites Yo - Tú

ÁREA PAREJA	PAREJA Es egocéntrica, rígida, autoritaria y obstinada. Su carácter autoritario y agresivo y las restricciones emocionales y afectivas han afectado su relación de pareja	"Oración Gestáltica" Se le pide que cierre los ojos y escuche la siguiente oración: Yo soy yo y tú eres tú. No estoy en este mundo para satisfacer tus expectativas ni tú las mías. Si coincidimos es hermoso, sino, tú por tú camino y yo por el mío. Falto de amor a mí mismo cuando en el intento de complacerte me traiciono. Falto de amor a ti cuando intento que seas como yo quiero, en vez de aceptarte como realmente eres. Luego se analiza cada párrafo.	"*Esta oración permitió que me diera cuenta que: Invado el espacio de mi esposo, discuto porque no hace lo que quiero. Ahora entiendo que cada uno tiene su espacio.* *Voy a expresar lo que deseo sin alterarme ni gritar, voy a escuchar y no imponer lo que pienso*".

Esta sesión terapéutica la ha ayudado a tomar conciencia de como su carácter autoritario afecta su relación. Junto a esto se propicia el reconocimiento de la responsabilidad de cada uno.

Habiendo logrado la toma de conciencia, se busca que la pareja aprenda a expresar sus necesidades individuales de manera clara, y de igual manera aprenda a reconocer, escuchar y atender las necesidades de su pareja.

2.3.2.4 Área de relaciones interpersonales

Objetivo de tratamiento:

Mejorar sus contactos interpersonales

	Identificación del problema	Sesión terapéutica	
		Dinámica Gestalt	**Resultados**
RELACIONES INTERPERSONALES	Dificultad para reconocer y empatizar con otros. Es desconfiada y suspicaz; hace las cosas a su modo sin considerar ideas, sentimientos o repercusión de sus actos en los demás y para evitar la confrontación, críticas o rechazo, asume un comportamiento conservador y normativo.	*"ESPEJO"* Se le pide que se imagine en un cuarto oscuro, luego observe como progresivamente se ilumina la zona del frente de ella hasta observar un espejo lo suficientemente grande como para ver su imagen completa. Refiere: "Me veo parada, arreglada, seria, rígida, sin expresión, tiesa como un robot", poco expresiva, no exteriorizo lo que realmente siento.	Se da cuenta que con su rigidez evita expresar emociones y bloquea sensaciones. Descubre que decidió no sentir para no sufrir desde que se enteró que su papá fue infiel a su mamá. Desde entonces desconfía y busca poder y dominio. No me agrada ser así.

2.3.3 Control y Seguimiento

En esta fase se pretende evaluar si los cambios generados en el tratamiento psicoterapéutico se mantienen y si las estrategias aprendidas se han generalizado y se aplican en situaciones nuevas con el fin de promover acciones preventivas en el futuro.

Al término de la experiencia psicoterapéutica, Cecilia ha asistido hasta en 3 oportunidades a citas de control y seguimiento, con una frecuencia de una vez al mes, confirmando avances a través de los siguientes reportes:

- Los síntomas que presentaba al ingreso han sido superados. Actualmente ya no toma medicación.
- La relación con el esposo ha mejorado en términos de comunicación, coordinan respecto al presupuesto y tareas de casa, pero la relación aun es distante. Pedro ha solicitado ingresar a terapia en la misma modalidad de tratamiento de su esposa.
- Busca su autonomía y crecimiento personal. Ha retomado estudios de dibujo arquitectónico y fue aceptada en una entrevista de trabajo. “Estoy organizando mis actividades para estudiar y trabajar sin descuidar mis responsabilidades como esposa”.
- Ha contactado con sus hermanos y refiere que le encuentro ha sido emotivo y positivo. Cecilia se disculpó con ellos por haber sido rígida y autoritaria con ellos sobre todo con respecto al tema de mamá.
- El concepto de imagen de papá ha cambiado. Refiere ahora que lo comprende, ya no hay reclamos ni resentimientos con él.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Cibanal, L. (2006). Introducción a la sistémica y Terapia Familiar. Alicante: Club Universitaria.
- García, F. (2009). Procesos básicos en psicoterapia Gestalt. (2º Ed.). México: Manual Moderno.
- García, F. (2005). Psicoterapia Gestalt. Proceso figura-fondo. (2º Ed.). México: Manual Moderno
- Polster, E. (1976). Terapia Gestáltica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Salama, H. (1997). Psicoterapia Gestalt. Proceso y metodología. México: Alfa-Omega.
- Stevens, J. (1978). El darse cuenta. Santiago de Chile: Cuatro Vientos
- Yontef, G. (2002). Proceso y diálogo en psicoterapia gestáltica: Cuatro Vientos.
- Zinker, J. (1979). El proceso creativo en terapia gestáltica. Buenos Aires: Paidos.

ANEXOS

PSICOTERAPIA GRUPAL





DIBUJOTERAPIA – DACTILOPINTURA







HOSPITAL DE DÍA
EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

