



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA DESDE EL
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

EDUVIGES PARRA ALMEIDA

BUCARAMANGA

2013



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**PROYECTO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

EDUVIGES PARRA ALMEIDA

Asesora

AMPARO DURAN MOSQUERA

BUCARAMANGA

2013



DEDICATORIA

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado.

Un esfuerzo total es una victoria completa” (Mahatma Ghandi)

Este triunfo es dedicado a mi Esposo **Ciro Alfonso Fuentes Manrique** y mi hija **Silvia Daniela Fuentes Parra**, quienes con su apoyo y complicidad incondicional acompañaron este proceso de formación académica y a todas las personas que en el ejercicio de mi Profesión se han beneficiado y se beneficiaran de mi experiencia profesional.



AGRADECIMIENTOS

Al empezar este gran proyecto en mi vida, tuve en mente la motivación del mensaje del Padre Alberto Linero, escrito en el oracional número 120 del mes de junio del año 2012 que se refería a dejar los miedos y cumplir todos los proyectos que se encontraban estancados por falta de fe y confianza en Dios, por considerar que ante la falta de recursos económicos no se podían lograr las metas y comprendí que Dios pone los medios para alcanzar las metas que uno ama.

A Dios, por abrir mi mente y mi corazón en la realización de este proyecto y por haber puesto los medios y las Personas idóneas para mi formación profesional.

A mi Esposo Ciro Alfonso Fuentes Manrique y a mi Hija Silvia Daniela Fuentes Parra, por su incansable apoyo, amor y comprensión en el trasegar de esta especialización.

A mi Madre Graciela Almeida Prada (+), a mi Padre Ramón Parra Morales, a mis Hermanas y Hermanos, por creer en mí y apoyarme infinitamente durante toda mi vida.

A mi Universidad Pontificia Bolivariana, a mi Asesora Amparo Durán y a mis Docentes de la Octava Cohorte de Especialización en Psicología Clínica, por sus valiosos aportes y su experiencia puesta a mi disposición.

A todas las Personas, que de alguna manera hicieron parte de la construcción de este propósito.



CONTENIDO

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
1. DIAGNÓSTICO	11
1.1. UBICACIÓN INSTITUCIONAL	11
1.2. DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL	11
1.3. MISIÓN	12
1.4. VISIÓN	13
1.5. OBJETIVO GENERAL	13
1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.7. EQUIPO HUMANO	14
1.8. VALORES	14
1.9. PRINCIPIOS	15
1.10. SERVICIOS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN Y FUNCIONES	15
1.10.1. Asesoría Jurídica	15
1.10.2. Asesoría Psicológica y Trabajo Social	16
1.11. ORGANIGRAMA	17
1.12. MATRIZ DOFA	18
1.12.1. Estrategias para Mejorar el Servicio	19
1.13. JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA	19
1.14. OBJETIVO GENERAL DE LA PRÁCTICA	20
1.15. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.16. INFORME GENERAL DEL PROCESO REALIZADO	21
1.16.1. Eje de Evaluación, Formulación, e Intervención	21
1.16.2. Eje de Orientación Psicológica	40
1.16.3. Eje de Capacitación	41
2. REFERENTE CONCEPTUAL	45
3. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO	73
3.1. FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO	73



3.1.1. Datos de Identificación	73
3.1.2. Genograma	74
3.1.3. Motivo de Consulta del Paciente	74
3.1.4. Expectativas del Consultante	75
3.1.5. Descripción del Problema	75
3.1.6. Síntomas Iniciales	75
3.1.7. Examen Mental	76
3.1.7.1. Evaluación de las funciones Psíquicas superiores	76
3.1.7.2. Estado de Conciencia y orientación	76
3.1.7.3. Atención y Concentración	77
3.1.7.4. Lenguaje	77
3.1.7.5. Estado Afectivo	77
3.1.7.6. Sociabilidad	77
3.1.7.7. Antecedentes en Salud Física y Mental	78
3.1.8. Datos Importantes de la Historia de Vida	78
3.1.9. Problemas que le Afectan	79
3.1.10. Problemas Conductuales y Emocionales	79
3.1.11. Eventos Significativos Traumáticos	80
3.1.12. Eventos Significativos Agradables	81
3.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO	82
3.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS	82
3.3.1. Inventario de Depresión de Beck	82
3.3.2. Inventario de Ansiedad de Beck	82
3.3.3. Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruíz y Lujan, 1991)	82
3.3.4. Escala de Autoestima de Rosenberg	83
3.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	83
3.4.1. Situación Actual del Paciente	83
3.4.2. Descripción General de sus Contextos de Funcionamiento	84
3.4.2.1. Historia Familiar	84
3.4.2.2. Historia Académica	85
3.4.2.3. Relaciones Interpersonales	85



3.4.2.4.	Relaciones Afectivas	86
3.4.2.5.	Descripción General de Competencias en las Diferentes Áreas	86
3.5.	ANÁLISIS EXPLICATIVO	87
3.5.1.	Impresión Diagnostica Según DSM IV	87
3.6.	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS	88
3.7.	INTERVENCIÓN REALIZADA	89
3.8.	RESULTADOS	90
3.8.1.	Tratamiento de los Datos de la Intervención Psicológica con Enfoque Conductivo Conductual	90
	ANEXOS	95
	Anexo No. 1 TALLER: PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL	95
	Anexo No. 2 FOTOS TALLERES	97
	Anexo No. 3 INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUÍZ Y LUJAN, 1991)	101
	Anexo No. 4 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK	103
	Anexo No. 5 TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG	108
	Anexo No. 6 INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK	111
	Anexo No. 7 AUTOREGISTRO PARA EVALUAR DEPRESIÓN, ANSIEDAD, PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS Y AUTOESTIMA	112
	Anexo No. 8 AUTOREGISTROS PARA MANEJO DE LA DEPRESIÓN	113
	Anexo No. 9 TALLER TERAPIA DE PERDÓN	114
	Anexo No. 10 EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO (EXAMEN MENTAL)	120
	Anexo No. 11 EL CARRO DE MI VIDA	125
	Anexo No. 12 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y ACTIVIDADES REALIZADAS, SESIÓN A SESIÓN	127
	CONCLUSIONES	163
	COMENTARIOS	165
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166



RESUMEN

TÍTULO: SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTORA: EDUVIGES PARRA ALMEIDA

FACULTAD: PSICOLOGIA

ASESORA: AMPARO DURAN MOSQUERA

El presente estudio expone un caso de depresión de origen exógeno, cuyo comienzo está dado por la ruptura de una relación amorosa, que se reflejó en conductas que alteraron la dinámica funcional del consultante. Se formalizó un trabajo flexible que abarcó al paciente como portador de los síntomas y a su familia extensa, a fin de fortalecer el vínculo afectivo y establecer redes de apoyo que permitieran favorecer el proceso terapéutico. A su vez, es un estudio descriptivo, extrínseco de caso, con diseño no experimental, donde se logró en el paciente la abolición de gran parte de los síntomas y que fuera funcional en las distintas áreas de su vida, clarificando y fortaleciendo su proyecto de vida, mejorando sus relaciones con algunos de sus familiares y modificando pensamientos automáticos distorsionados que le estaban generando síntomas de depresión, ansiedad y baja autoestima, los cuales afectaban directamente su estabilidad emocional y física. En la evaluación pre tratamiento se aplicaron los Inventarios de depresión y Ansiedad de Beck, Pensamientos Automáticos Distorsionados y Escala de Autoestima de Rosenberg, los cuales dieron cuenta que el paciente presentaba un trastorno de adaptación mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, producto de la ruptura de una relación amorosa, de presentar dificultad en la comunicación y relación con sus padres, dificultad para establecer relaciones adecuadas con los otros y hallarse desorientado en su proyecto de vida, llevándolo a intentar suicidarse, razón por la cual tuvo que ser hospitalizado y tratado con medicación; la evaluación post tratamiento se interpreta de los resultados que se logró en buena parte reestructurar cognitivamente sus pensamientos distorsionados, mejorar su estado emocional y adquirir herramientas para saber enfrentarse a los problemas de la vida, lo anterior fue posible a través intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual, haciendo uso de las técnicas de reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades de comunicación, sociales, resolución de problemas y toma de decisiones, técnicas de relajación autógena y respiración diafragmática, técnicas de Mindfulness de reducción de rumiación y preocupación, anclaje en el presente y tolerancia al malestar y técnicas de control somático (regulación emocional – reparación emocional).

Palabras Claves: Depresión, ansiedad, duelo, reestructuración cognitiva, proyecto de vida, autoestima.



ABSTRACT

TITLE: SYSTEMATIZATION OF THE CLINICAL PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH
AUTHOR: EDUVIGES PARRA ALMEIDA
FACULTY: PSYCHOLOGY
ADVISORY: AMPARO DURAN MOSQUERA

This study presents a case of depression of exogenous origin, whose beginning is given by the breakdown of a relationship, which was reflected in behaviors that alter the functional dynamics of the consultant. Was formalized flexible work covering the patient as symptoms and their extended family, to strengthen the bond and build support networks that allow foster the therapeutic process. In turn, it is a descriptive study, extrinsic case with non-experimental design, which was achieved in the patient the abolition of most of the symptoms and to be functional in the different areas of your life, clarifying and strengthening its draft life, improving your relationships with some of his relatives and modifying distorted automatic thoughts that were causing symptoms of depression, anxiety and low self-esteem, which directly affect emotional and physical stability. In the pre-treatment assessment were applied Anxiety Inventory and Beck Depression, Distorted Automatic Thoughts and Rosenberg Self-Esteem Scale, which realized that the patient had an adjustment disorder with mixed anxiety and depressed mood, due to the breakup of a relationship, to present difficulty in communication and relationship with their parents, difficulty in establishing appropriate relationships with others and be disoriented in their life plan, leading him to attempt suicide, why was hospitalized and treated with medication, the post-treatment evaluation of results is interpreted to be achieved largely cognitively restructure their distorted thinking, improve your emotional state and acquire the tools to learn to face the problems of life, the above was possible through psychological intervention from cognitive behavioral approach, using cognitive restructuring techniques, communication skills training, social, problem-solving and decision-making, relaxation techniques, autogenous and diaphragmatic breathing Mindfulness techniques to reduce rumination and worry, anchor the present and distress tolerance and somatic control techniques (emotional regulation - emotional repair).

Keywords: Depression, anxiety, bereavement, cognitive restructuring, project life, self-esteem.



INTRODUCCIÓN

La presente práctica de Especialización en Psicología Clínica se realizó en la Comisaria de Familia del municipio de Piedecuesta (Santander), abarcando los periodos comprendidos del Segundo semestre académico del año 2012 y el Primer semestre académico 2013 de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga, en la cual se pudo realizar las etapas de evaluación, intervención y seguimiento desde el enfoque cognitivo conductual en el abordaje y aplicación de técnicas que permitieron la realización de buenos diagnósticos y tratamientos eficaces para los pacientes que intervinieron en este proceso.

El documento hará la presentación de lo que es la Comisaria de Familia, como está conformada, cuáles son las funciones de los profesionales que allí laboran y específicamente los del área de psicología y psicología clínica, con el objetivo de especificar la razón por la cual fue creada esta oficina y los servicios que allí se prestan.

Se exponen los referentes teóricos sobre los cuales se orientó la práctica, junto con sus objetivos y la justificación de estos. Correlacionado lo anterior con los ejes de intervención que se desarrollaron durante la estancia en la Comisaria como lo son: el eje de orientación psicológica, el eje de evaluación e intervención clínica, que comprende los casos hasta el momento abordados con sus respectivas sesiones y el trabajo realizado en cada una de ellas y el eje de capacitación que incluye los talleres realizados a los usuarios de la Comisaría de Familia y al grupo de agentes educativos (30) pertenecientes a la Cooperativa COMUCSA de este Municipio, abordándose con todos ellos temas relacionados como pautas de afrontamiento de la violencia intrafamiliar y la prevención de abuso sexual.



1. DIAGNÓSTICO

1.1. UBICACIÓN INSTITUCIONAL

Con el fin de colaborar con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con las demás autoridades competentes en la función de proteger a los niños, niñas y adolescentes que se hallen en situación irregular y de peligro y en los casos de conflictos familiares, fueron creadas en 1989 las Comisarías de Familia, entes Jurídicos, con funciones policivas, creadas y organizadas por los Concejos Municipales, con funciones determinadas inicialmente por el Decreto 2737 de 1989, modificado por la Ley 1098 de 2006 y para el caso de la Comisaría del municipio Piedecuesta el acuerdo No. 043 de septiembre 4 de 1993, emanado por Concejo Municipal.

1.2. DESCRIPCIÓN INSTITUCIONAL

La Comisaría de Familia del municipio de Piedecuesta, es un organismo adscrito al Sistema Nacional de Bienestar Familiar, que tiene como finalidad brindar atención inmediata y educación preventiva a los niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situación irregular y de peligro y a las familias en situación de conflicto, o de violencia intrafamiliar; inició sus labores en el año 1994, lo que nos indica que lleva aproximadamente 19 años de funcionamiento, no ha tenido una ubicación permanente por falta de un espacio propio, llevando a que no se cuente con oficinas óptimas para la prestación de los servicios, actualmente se encuentra ubicada en la carrera 6 No. 8-75 del Barrio Centro del municipio Piedecuesta, Centro Comercial la Molienda locales 309, 310, 311 y 312, locales que han sido arrendados provisionalmente, mientras que a finales de este año será ubicada en la carrera 6 No. 10-78 del Barrio Centro del municipio de Piedecuesta, lugar que ha sido asignado, donde se contarán con oficinas apropiadas y en condiciones de privacidad. Hay que tener presente que en el año 2011, mediante Acuerdo Municipal se amplió el servicio con la creación de otra Comisaría de Familia donde se contrató el personal necesario para cumplir con las funciones para las cuales fueron creados estos entes, ampliándose el horario de servicios y atención a la población, entonces podemos decir que existen en el Municipio de Piedecuesta dos (2) Comisarías de Familia que funcionan de la siguiente manera:



LA COMISARIA DE FAMILIA TURNO 1: Inicia labores de lunes a viernes en un horario de 7:00AM a 2:30PM y los sábados en un horario de 7:00AM a 1:30PM.

LA COMISARIA DE FAMILIA TURNO 2: Inicia labores de lunes a viernes en un horario de 2:30PM a 10:00PM y los sábados en un horario de 1:30PM a 8:00PM.

El proceso de práctica se realizó en el sitio donde hace 19 años laboro como Secretaria inscrita a Carrera Administrativa y me encuentro en el turno 1, el horario de mi práctica profesional es de lunes a viernes en un horario de 7:00AM a 8:30AM y de 1:00PM a 2:30PM, la atención psicológica es gratuita y las personas pueden acceder a las citas que sean necesarias, existiendo gran demanda en los servicios que allí se ofrecen, las citas que dan los profesionales de la psicología en su gran mayoría es para cada 8 o 15 días y en los procesos legales se están dando citas a un mes o más, excepto los procesos de violencia intrafamiliar que la ley 294 de 1996 establece que se debe atender dentro de los 10 días siguientes a la denuncia interpuesta, dictando dentro de las 4 horas siguientes a la denuncia las medidas de protección que correspondan a cada caso.

La población que se atiende en esta Comisaría de Familia en su gran mayoría son de los estratos socio-económicos, 1, 2 y 3 y se atiende en menor proporción a las personas de los estratos socio-económicos 4, 5 y 6, las razones, según informes estadísticos que se realizan en la Comisaría de Familia de las acciones que se adelantan cada año, es que algunos casos obedecen a que estas personas sienten temor a sentirse identificados socialmente como familias con problemas y en otros casos estas familias tienen la posibilidad de acceder a otro tipo de servicios de carácter privado y desde allí resuelven sus problemáticas.

1.3. MISIÓN

La Comisaría de Familia es una institución prestadora de servicios sociales con calidad y eficiencia, reflejados estos en el impacto social de la Comunidad Piedecuestana, a su vez busca satisfacer las necesidades de los usuarios y alcanzar su progreso a nivel individual y familiar apoyada en un equipo de trabajo competente.



Igualmente tiene como fin primordial la protección de los derechos de la Comunidad y particularmente los de los niños, las niñas, los adolescentes y sus grupos familiares, con respecto a la problemática social.

1.4. VISIÓN

Ampliar el campo de cobertura en la atención y protección de los niños, las niñas y los adolescentes y sus familias.

Comprometer al Estado en el desarrollo de políticas públicas de prevención, promoción y protección a los niños, niñas, adolescentes y sus familias, teniendo en cuenta que estos son el sustento de la sociedad.

Mejorar la calidad de vida (salud mental) de las familias del Municipio.

Generar y fortalecer redes de apoyo que permitan agilizar procesos en beneficio de la comunidad.

1.5. OBJETIVO GENERAL

Colaborar con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con las demás autoridades competentes, en la función de proteger a los niños, niñas y los adolescentes que se hallen en situación de riesgo y/o peligro y en los casos de conflictos familiares.

1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Atender a los(as) usuarios(as) que demandan los servicios de la Comisaría de Familia, a través de la recepción y orientación realizada por el equipo interdisciplinario y demás funcionarios asignados a esta oficina.

Prevenir situaciones conflictivas en la que se vulneren los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mediante la implementación de actividades formativas.



Garantizar la protección integral y el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, mediante la aplicación de la Ley 1098 de 2006.

Realizar seguimiento a los casos de Violencia Intrafamiliar, Maltrato Infantil y Abuso Sexual, a través de la realización de visitas domiciliarias y la orientación por parte del equipo Psico-social de esta oficina.

1.7. EQUIPO HUMANO

El recurso humano con el cual cuenta en la actualidad está formado por:

- Un Comisario de Familia
- Una secretaria de carrera administrativa
- Un abogado Auxiliar
- Un auxiliar administrativo de carrera administrativa
- Dos auxiliares administrativos por Orden de Prestación de Servicio
- Una Trabajadora Social por Orden de Prestación de Servicio
- Una Psicóloga por Orden de Prestación de Servicio
- Dos practicantes de Psicología (Una socio-jurídica y uno clínico)
- Una auxiliar de servicios generales

1.8. VALORES

- Pertenencia institucional
- Eficiencia
- Responsabilidad
- Compromiso
- Credibilidad
- Solidaridad
- Trabajo en equipo
- Empatía
- Liderazgo
- Honestidad
- Confidencialidad y ética



1.9. PRINCIPIOS

- Respeto
- Justicia
- Integridad
- Utilidad

1.10. SERVICIOS QUE OFRECE LA INSTITUCIÓN Y FUNCIONES

La Comisaría de Familia del municipio de Piedecuesta cuenta con servicios en las áreas de Asesoría Jurídica, Psicológica y de Trabajo Social, de acuerdo con las demandas o necesidades de los usuarios:

1.10.1. Asesoría Jurídica

Está a cargo de un Comisario de Familia (abogado) y un abogado auxiliar que coopera en las funciones propias del Comisario de Familia, que son: realizar conciliaciones extrajudiciales en derecho para fijación de alimentos, custodia y visitas para niños, niñas y adolescentes, separación de cuerpos, disolución y liquidación de la sociedad patrimonial de matrimonios católicos y civiles, declaración de la unión marital de hecho, disolución y liquidación de la sociedad marital de hecho, solicitudes de exoneración de la cuota de alimentos de hijos mayores de edad, aumentos y disminuciones de la cuota de alimentos, adelantar los procesos administrativos de derecho a los niños, niñas y adolescentes que se hallen en situación de vulnerabilidad (aplicación de la ley 1098 de 2006), adelantar los procesos de violencia intrafamiliar (ley 294 de 1996, modificada por la Ley 575 del año 2000 y la Ley 1257 de 2008), adelantar las quejas de maltrato infantil y recepcionar las denuncias por presunto abuso sexual y remitirlas a la autoridad competente. Igualmente tienen como función asistir a los diferentes Juzgados y Fiscalías a representar a los adolescentes que se hallen incurso en procesos penales ya sea en calidad de víctimas o presuntos agresores, dando cumplimiento a la Ley 1098 de 2006 (Ley de Infancia y Adolescencia).

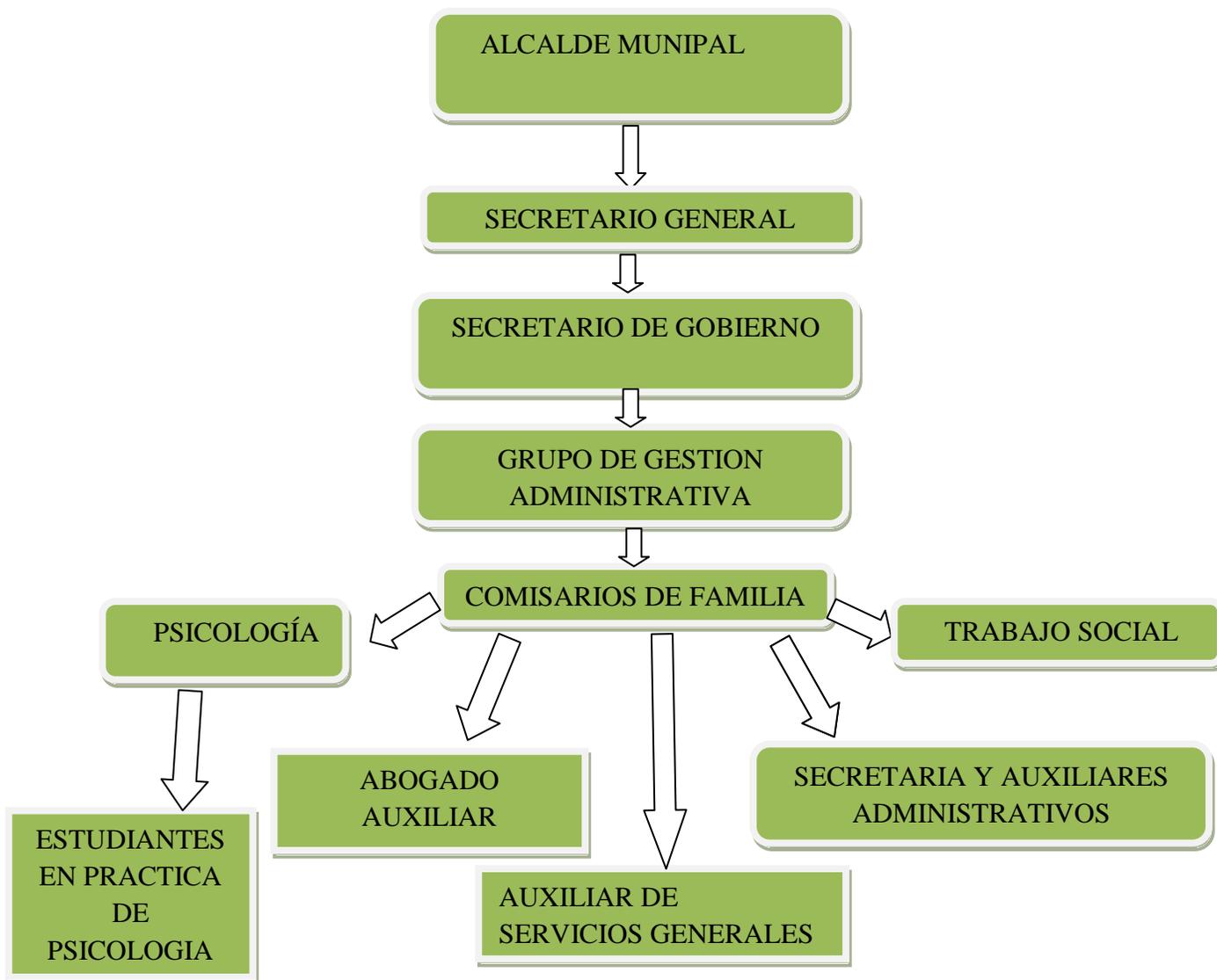


1.10.2. Asesoría Psicológica y Trabajo Social

La asesoría psicológica está a cargo de una psicóloga titulada contratada mediante Orden de Prestación de Servicios, dos estudiantes en práctica de psicología de pre-grado, uno de ellos en el área de psicología socio-jurídica, el cual tiene la formación en esa área por parte de la universidad y de la Comisaría de familia, quien coadyuva en las funciones del Comisario de Familia y del abogado auxiliar, orientando previamente a los usuarios en temas relacionados con definición de custodia, visitas, alimentos, incumplimiento de los acuerdos realizados por alimentos, incumplimiento a las medidas de protección dentro de los procesos de violencia intrafamiliar y emitiendo conceptos y recomendaciones en esos temas. La psicóloga (OPS), el estudiante de pregrado de psicología clínica y la estudiante de especialización de psicología clínica tienen como funciones las siguientes: Realizar evaluación, formulación e intervención a las personas que solicitan este servicio, realizar orientación Psicológica a los casos que lo requieren a nivel individual, de pareja y familiar, realizar intervención en crisis a los usuarios que lo requieren, brindar orientación psicológica a las personas víctimas y agresoras de la violencia intrafamiliar, Maltrato infantil y Presunto Abuso Sexual y llevar el respectivo seguimiento a los casos que cada profesional atiende desde su área, acompañar a la Trabajadora Social a las visitas domiciliarias, en los casos que se requiere de la intervención psicológica, con el fin de constatar Maltrato Infantil, situaciones irregulares, de abandono y/o peligro de niños, niñas o adolescentes, realizar las entrevista a los niños, niñas y adolescentes y sus familias dentro de los procesos administrativos de restablecimiento de derechos, diligenciar las historias de atención y verificación de garantía de derechos de los niños, niñas y adolescentes que se hallen en situación de vulneración de derechos y emitir los correspondientes conceptos sobre la conveniencia de abrir los procesos administrativos de restablecimiento de derechos, modificar o suspender una medida de protección. Todos los psicólogos realizan Conferencias Psico-educativas a los usuarios de la Comisaría de Familia, a los docentes de los Centros Educativos, a las madres comunitarias y agentes educativas, sobre temas como pautas de afrontamiento de la violencia intrafamiliar, prevención del abuso sexual, pautas de crianza, comunicación asertiva, etc.



1.11. ORGANIGRAMA





1.12. MATRIZ DOFA

Matriz que funciona como herramienta de estudio sobre la situación de una empresa o un proyecto, analizando sus características internas (Debilidades y fortalezas) y sus características externas (Amenazas y oportunidades). A su vez, permite planificar estrategias a futuro que puedan mejorar el funcionamiento de esta.

<u>Positivo</u>	<u>Negativo</u>
<p><u>Origen Interno → Fortalezas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hay suficiente recurso humano ◦ Se ofrecen productos y servicios óptimos (Asesoría psicológica, trabajo social y legal) de forma amable, calurosa y satisfaciendo sus necesidades y expectativas. ◦ A nivel gerencial los recursos tangibles como formatos, historias clínicas, citaciones, se realizan de forma ordenada y rigurosa. ◦ Proceso y atención inicial recibido por las personas que solicitan asesoría o algún proceso (recepción hecha por un psicólogo, o practicante,) haciendo la primera intervención que generalmente en situación de crisis. 	<p><u>Origen Interno → Debilidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay recursos ambientales que faciliten el desarrollo de la labor terapéutica (no hay un espacio óptimo para realizar intervención) ◦ No se evidencia capacidad de progreso (instalaciones no se encuentran en las adecuadas condiciones. Poco espacio y falta privacidad para la atención). ◦ Faltan recursos estratégicos que motiven a las personas a continuar con atención psicológica.
<p><u>Origen Externo → Oportunidades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ No hay tarifas económicas para recibir asesoría o llevar a cabo algún proceso, cualquiera que sea, es decir los servicios son gratuitos. ◦ Las personas pueden recibir asesoría las veces que se requiera. ◦ Capacidad de escuchar, atender y darle la importancia necesaria a las situaciones planteadas por los pacientes. 	<p><u>Origen Externo → Amenazas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Debido a los problemas de infraestructura las personas desisten de los servicios ofrecidos, expresando enojo e infirmitad, por cuanto no se cuenta con espacios que permitan privacidad. ◦ Desconocimiento por parte de la población general acerca de los servicios que se prestan en la comisaria de familia. ◦ De acuerdo a la gran demanda del servicio, se hace difícil llevar seguimiento a todos los casos por atención psicológica.



1.12.1. Estrategias para mejorar el servicio:

1. Ofrecer capacitaciones en los barrios y veredas del municipio de Piedecuesta dando a conocer el papel que desempeña la comisaria de familia y los servicios que presta a la población en general.
2. Distribuir de forma adecuada las oficinas para ofrecer el servicio de Psicológica, en el cual la privacidad de la información sea respetada y protegida.

1.13. JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA

Frente a los objetivos del servicio planteados en la comisaria de familia se hace prioritario la atención especializada del Psicólogo Clínico debido a la complejidad de las problemáticas que allí se atienden, además se presentan muchas personas que requieren el servicio de psicología, porque no cuentan con los recursos económicos necesarios para costear un tratamiento, o para acceder a una consulta en determinado establecimiento de tipo privado como EPS, IPS O ARS. Es por esto, que al ofrecerse un servicio gratuito y que tenga la posibilidad de ser especializado, se motiva más a la comunidad para hacer uso de este y con la facilidad de asistir el tiempo que se requiera de acuerdo a su problemática.

La atención en psicología Clínica, permite un acercamiento más detallado con los problemas blancos que traen los pacientes, ya que la evaluación llevada a cabo por el profesional con formación clínica, toma desde los repertorios básicos de conducta (RBC), hasta los pensamientos automáticos negativos (PAN) junto con las distorsiones cognitivas que están guiando los comportamientos de los individuos.

La mirada del psicólogo Clínico desde un enfoque integral hace que su intervención se realice desde diferentes ángulos, en los cuales son determinantes en el trabajo tanto individual como grupal que es su red de apoyo; situación que proporciona elementos terapéuticos para la recolección de datos demográficos, e historia del problema, los cuales están respaldados en las conductas mantenedoras y protectoras que llevan al consultante a buscar la ayuda profesional.

A su vez, permite ampliar la experiencia e implementar los conocimientos teóricos y prácticos de corte psicológico en este ente gubernamental, facilitando la viabilización al estudiante de un estilo profesional acorde con su formación; desplegando habilidades y actitudes



no sólo en el contexto clínico de un consultorio, sino también en trabajo con comunidades en contextos sociales de vulnerabilidad y en situación de riesgo psicosocial como lo es la pobreza, el maltrato infantil, la violencia intrafamiliar y el abuso sexual que los hace frágiles en su salud mental.

Además el estudiante conoce procesos, protocolos y procedimientos institucionalizados que se llevan a cabo cuando se presenta una situación de Abuso sexual, Violencia Intrafamiliar y la ruta de atención que se debe seguir en cada caso. Este conocimiento y el trabajo con un equipo interdisciplinario trascienden a un ambiente de aprendizaje y socialización de conceptos científicos, donde los diversos enfoques teóricos y metodológicos abren un abanico de posibilidades de intervención.

1.14. OBJETIVO GENERAL DE LA PRÁCTICA

Brindar orientación, evaluación, formulación e intervención Psicológica Clínica, bajo el enfoque cognitivo conductual a población del municipio de Piedecuesta que acude a la Comisaria de Familia, a solicitar este servicio.

1.15. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Psico-educar a los usuarios que acuden a la Comisaria de Familia a solicitar el servicio de Psicología, sobre la importancia de iniciar un proceso psicoterapéutico donde el éxito está en el compromiso de éstos en lograr los objetivos planteados por el profesional de la psicología y poder llegar a la culminación satisfactoria del proceso, verificando el mantenimiento de los logros a través del seguimiento posterior al tratamiento.

Realizar la evaluación pertinente de acuerdo al motivo de consulta, aplicando las técnicas necesarias, de tal forma que se hagan acertados diagnósticos y por ende intervenciones psicológicas efectivas en los usuarios, logrando la abolición de los síntomas.

Incentivar a los pacientes a cambiar su forma de pensar frente al rol del psicólogo, para que vean que sus aportes contribuyen a un proceso de crecimiento personal, familiar y social.

1.16. INFORME GENERAL DEL PROCESO REALIZADO

Durante el proceso de práctica realizado en la Comisaría de Familia del municipio de Piedecuesta se trabajaron tres ejes (Orientación Psicológica, evaluación e intervención psicológica y capacitaciones de acuerdo a la necesidad de la institución). A continuación relacionare en un cuadro este trabajo realizado.

1.16.1. Eje de Evaluación, Formulación, e Intervención

#	DATOS DEMOGRÁFICOS	MOTIVO DE CONSULTA	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS POR SESIÓN	ACTIVIDADES REALIZADAS	RESULTADOS OBTENIDOS C/SESION
1	Señora T, de edad 59 años, escolaridad octavo bachillerato, unión libre, profesión hogar.	Crisis Familiar por Hijo Adolescente con problema de consumo de SPA.	S1 y S2: Establecer rapport con la paciente y resignificación del motivo de consulta y recolección de información para la elaboración de la historia clínica. De acuerdo a la confidencia recogida en la historia clínica se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos: S3: Trabajar con la señora X el genograma familiar y los niveles jerárquicos de la familia, para llevarla a reflexionar sobre su propio rol dentro de la familia y orientarla a cumplir con sus verdaderas responsabilidades como jefe del hogar.	Entrevista semi-estructurada y observación para la elaboración de historia clínica. Firma del consentimiento informado. Construcción con la paciente del genograma familiar y orientación respecto al tema de las jerarquías que hay dentro del hogar y las consecuencias que tiene el permitir que otro miembro de la familia asuma la responsabilidad de la progenitora Técnica empleada Reestructuración Cognitiva.	Establecer empatía con la paciente, Conocer ampliamente el caso y construir la HC. Construcción con la paciente del genograma familiar, e Identificación de fallas la aplicación de las funciones dentro del subsistema familiar y la adquisición de herramientas en el manejo de la autoridad.



			<p>S4: Identificar con la paciente algunos esquemas mentales que no le estaban permitiendo desenvolverse apropiadamente en su familia, teniendo en cuenta que ella estaba asumiendo un rol que no le correspondía dentro del hogar y generar conciencia en que debe mejorar su forma de pensar, para que su actuar sea distinto y proyecte mayor asertividad con su hijo adolescente y demás miembros de la familia.</p> <p>S5: Trabajar autoestima con la paciente para que fortalezcan su amor propio y de esta manera pueda avanzar en el proceso terapéutico y hacer cambios positivos en su vida que repercutan en su propio bienestar y el de su familia.</p>	<p>Se le Asignó la tarea de empezar a modificar comportamientos que producían pérdida de autoridad con el hijo adolescente.</p> <p>Explicación del tema de Pensamiento automáticos Distorsionados y brindar herramientas para la identificación y modificación de estos pensamientos. Técnica utilizada Reestructuración cognitiva.</p> <p>Aplicación del inventario de pensamientos automáticos y teoría (Ruiz y Lujan 1991). Técnica utilizada Reestructuración cognitiva</p> <p>Asignación de tarea con autoregistro.</p> <p>Se realizó un ejercicio práctico para evaluar auto concepto, auto eficacia y autoimagen en la paciente. Técnica utilizada Reestructuración</p>	<p>Clarificar conceptos sobre los pensamientos automáticos distorsionados, aprender a identificar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas, comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos, identificar los supuestos personales y comprobar su validez.</p> <p>Aprendió la paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos distorsionados que estaban afectando su autoestima.</p>
--	--	--	---	---	---



				<p>cognitiva.</p> <p>Asignación de tarea mediante autoregistro para identificar pensamientos automáticos distorsionados que desmejoraban autoestima.</p>	
		<p>S6: Brindar Pautas de crianza adecuadas y consistentes a la paciente, para que le imparta a su hijo adolescente.</p>	<p>Realización de ejercicio práctico sobre pautas de crianza recibidas de sus padres y pautas de crianza utilizada con sus hijos, luego hacer una comparación entre esos dos estilos de crianza e identificar que pautas inadecuadas y acertadas había recibido de sus padres y que estaba utilizando en su rol de madre, identificar que pautas tenían que ver con pensamientos automáticos distorsionados, para entrar a modificarlos, corregir pautas inadecuadas y actuar en forma consistente lo que dice con lo que hace.</p>	<p>Aprendió a identificar en qué momento estaba impartiendo una norma inconsistente y en qué momento estaba permitiendo que su hijo descatara las normas que ella establecía, Aprendió también que cuando no se cumplía una norma se debía impartir un castigo pedagógico que permitiera mejorar el comportamiento de su hijo y cuando su hijo tuviera un comportamiento positivo también este debía ser premiado.</p>	
		<p>S7: Identificar con la paciente cuales son los factores protectores que lleven a la armonía del hogar, e identificar los factores</p>	<p>Llevar a la paciente a través de un ejercicio práctico a identificar las</p>	<p>Llevar a la paciente a que haga uso adecuado de los recursos que</p>	



			<p>mantenedores y facilitadoras de la conducta de consumo de SPA, para que la paciente logre entender porque no han podido avanzar en el proceso de rehabilitación del adolescente y entren a modificar las conductas mantenedoras y facilitadoras y a utilizar adecuadamente los factores protectores. Se entrega auto registro que permita identificar estas conductas.</p>	<p>conductas que estaban empeorando la conducta de consumo del adolescente. Se le pidió a la paciente realizar una lista de las conductas que la paciente y su familia hacían para ayudar al paciente a salir del consumo y una lista de las conductas que la paciente y su familia hacían para mantenerlo en el consumo. Se evaluó cuales conductas se podían seguir practicando y cuales se debían eliminar o cambiar, para llevar a los miembros de esa familia a utilizar adecuadamente los recursos que tenían a la mano y a ser coherentes en su actuar y que el joven notara ese cambio de actitud para movilizarlo a él también a buscar la ayuda que requiere. Técnica utilizada Reestructuración cognitiva).</p> <p>Se dejó tarea a la paciente para la casa a actuar conforme a los hallazgos encontrados.</p>	<p>tiene a su alcance y a modificar conductas que están manteniendo la conducta de consumo de su hijo adolescente.</p>
--	--	--	---	---	--



		<p>S8: Trabajar Comunicación asertiva en la familia, generando un espacio para que sus miembros puedan expresar pensamientos y sentimientos en forma apropiada y a la vez se brinde un espacio de respeto y tolerancia hacia la opinión del otro.</p> <p>NOTA:</p> <p>Cabe resaltar que con el joven no se ha podido hacer ningún tipo de intervención psicológica, por cuanto no hay conciencia del problema de consumo, en la Comisaría de Familia se han abierto 2 procesos administrativos de restablecimientos de derechos con medida de protección de ubicación del adolescente en programa de atención especializada en la Asociación Niños de Papel Programa Terapéutico Marea y se ha evadido las dos veces, en la primera oportunidad alcanzó a estar un mes y en la segunda 4 días. El joven se encuentra en el hogar de la paciente y de</p>	<p>A través de un ejercicio llevar a la paciente a que implemente en su repertorio y narrativas herramientas que ayuden a la resolución de problemas con el manejo adecuado de una buena comunicación. Técnica utilizada</p> <p>entrenamiento en habilidades (comunicación).</p> <p>Se le asignó como tarea practicar en casa las 5 reglas para una buena comunicación (Escuchar, preguntar, no tratar de dominar con nuestra conversación, buscar señales, promover la comunicación bidireccional).</p>	<p>Adquirir entrenamiento en habilidades para una buena comunicación.</p> <p>Crear espacios que permitan la exteriorización de pensamientos y sentimientos.</p>
--	--	--	--	---



			<p>acuerdo al último reporte ha mejorado su comportamiento y lleva un mes sin consumo (versión de la progenitora), de acuerdo a esta novedad se programó cita psicológica para verificar la información de la progenitora y de ser posible engancharlo al proceso que se adelanta en esta oficina. El proceso terapéutico aun no ha terminado</p>		
2	<p>Señora V, de edad 23 años, escolaridad Bachiller, unión libre, profesión secretaria (hija de la paciente X).</p>	<p>Crisis Familiar por hermano Adolescente con problema de consumo de SPA y violencia intrafamiliar por consumo de alcohol del padre.</p>	<p>S1 y S2: Establecer rapport con la paciente y resignificación del motivo de consulta y reunir información para la elaboración de la historia clínica. De acuerdo a la información suministrada por la paciente en la construcción de la historia clínica se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:</p> <p>S3: Trabajar con la señora V el genograma familiar y los niveles jerárquicos de la familia, para llevarla a reflexionar sobre su rol dentro de la familia y orientarla a cumplir con sus verdaderas responsabilidades como hija dentro del hogar.</p>	<p>Entrevista semi-estructurada y observación para la elaboración de historia clínica. Firma del consentimiento informado.</p> <p>Construcción con la paciente del genograma familiar y orientación respecto al tema de las jerarquías que hay dentro del hogar y las consecuencias que tiene el asumir otro rol dentro de la familia. Técnica empleada Reestructuración Cognitiva.</p> <p>Se le Asignó la tarea de empezar a modificar comportamientos que ella tenía y que generaban pérdida de autoridad dentro del hogar.</p>	<p>Establecer empatía con la paciente, Conocer ampliamente el caso y construir la HC.</p> <p>Construcción con la paciente del genograma familiar, e Identificación de fallas en las jerarquías familiares y adquirir herramientas para contribuir en el manejo de la autoridad del hogar por parte de sus progenitores.</p>



			<p>S4: Identificar con la paciente algunos esquemas mentales que no le estaban permitiendo desenvolverse apropiadamente en su familia, teniendo en cuenta que ella estaba asumiendo un rol que no le correspondía dentro del hogar (progenitora, siendo hija) y generar conciencia en que debe mejorar su forma de pensar, para que su actuar fuera distinto y proyecte mayor asertividad con su hermano adolescente y demás miembros de la familia.</p> <p>S5: Trabajar autoestima con la paciente para fortalecer su amor propio y de esta manera que pueda avanzar en el proceso terapéutico y hacer cambios positivos en su vida que repercutan en su propio bienestar y el de su familia.</p>	<p>Explicación del tema de Pensamiento automáticos Distorsionados y brindar herramientas para la identificación y modificación de estos pensamientos.</p> <p>Aplicación del inventario de pensamientos automáticos y teoría (Ruiz y Lujan 1991).</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración cognitiva</p> <p>Asignación de tarea con autoregistro.</p> <p>Se realizó un ejercicio práctico para evaluar autoconcepto, autoeficacia y autoimagen en la paciente.</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración cognitiva.</p> <p>Asignación de tarea mediante autoregistro para identificar pensamientos automáticos distorsionados que desmejoraban su autoestima.</p>	<p>Clarificar conceptos sobre los pensamientos automáticos distorsionados, aprender a identificar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas, comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos, identificar los supuestos personales y comprobar su validez.</p> <p>Aprendió la paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos distorsionados que estaban afectando su autoestima.</p>
--	--	--	--	---	---



		<p>S6: Brindar Pautas de crianza adecuadas y consistentes a la paciente, para que le imparta a su hermano adolescente y a su hija de 2 años.</p>	<p>Realización de ejercicio práctico sobre pautas de crianza recibidas de sus padres y pautas de crianza utilizada con su hija, luego hacer una comparación entre esos dos estilos de crianza e identificar que pautas inadecuadas y acertadas había recibido de sus padres y que estaba utilizando en su rol de madre, identificar que pautas tenían que ver con pensamientos automáticos distorsionados, para entrar a modificarlos, corregir pautas inadecuadas y actuar en forma consistente lo que dice con lo que hace.</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva.</p>	<p>Aprendió a identificar en qué momento estaba impartiendo una norma inconsistente sobre todo con su hermano y padre, en qué momento estaba impartiendo órdenes que generaban choque en su hermano y su padre, porque no era vista como la jefe del hogar, sino como una hermana, e hija. Aprendió también que las ordenes hacia su hermano las debían impartir eran sus padres y los comportamientos del padre eran asunto de la esposa y no de ella.</p>
		<p>S7: Identificar con la paciente cuales son los factores protectores que lleven a la armonía del hogar, e identificar los factores mantenedores y facilitadoras de la conducta de consumo de SPA del hermano y la conducta de consumo de alcohol del padre, para que la paciente logre entender porque no han podido avanzar en el proceso de rehabilitación del hermano adolescente y su padre y entren a modificar las conductas mantenedoras y facilitadoras y a utilizar</p>	<p>Llevar a la paciente a través de un ejercicio práctico a identificar las conductas que estaban empeorando la conducta de consumo del adolescente. Se le pidió a la paciente realizar una lista de las conductas que la paciente y su familia hacían para ayudar al</p>	<p>Llevar a la paciente a que haga uso adecuado de los recursos que tiene la familia a su alcance y modificar conductas que están manteniendo la conducta de consumo de su hermano adolescente y su padre.</p>



		<p>adecuadamente los factores protectores.</p> <p>Se asigna como tarea identificar conductas mantenedoras y facilitadoras de consumo de SPA y Alcohol y registrarlas.</p>	<p>paciente a salir del consumo y una lista de las conductas que la paciente y su familia hacían para mantenerlo en el consumo de los dos miembros de la familia. Se evaluó cuales conductas se podían seguir practicando y cuales se debían eliminar o cambiar, para llevar a los miembros de esa familia a utilizar adecuadamente los recursos que tenían a la mano y a ser coherentes en su actuar y que tanto el joven como su padre notaran ese cambio de actitud para movilizarlo a él también a buscar la ayuda que requiere en cada caso. Técnica utilizada Reestructuración cognitiva.</p> <p>Se dejó tarea a la paciente para la casa a actuar conforme a los hallazgos encontrados en esta sesión.</p>	
		<p>S8: Trabajar Comunicación asertiva en la familia, generando un espacio para que sus miembros puedan expresar pensamientos y sentimientos en forma apropiada y a la vez se brinde un espacio de respeto y tolerancia hacia la opinión del otro.</p>	<p>A través de un ejercicio llevar a la paciente a que implemente en su repertorio y narrativas herramientas que ayuden a la resolución de problemas con el manejo</p>	<p>Adquirir entrenamiento en habilidades para una buena comunicación.</p> <p>Crear espacios que permitan la</p>



				<p>adecuado de una buena comunicación. Técnica utilizada entrenamiento en habilidades (comunicación).</p> <p>Practicar en casa las 5 reglas para una buena comunicación (Escuchar, preguntar, no tratar de dominar con nuestra conversación, buscar señales, promover la comunicación bidireccional)</p>	<p>exteriorización de pensamientos y sentimientos.</p>
3	<p>Señora E, de edad 56 años, escolaridad Primaria, casada, profesión Confeccionista</p>	<p>Duelo por pérdida de dos hijos y temor a que le mataran a sus otros dos hijos.</p>	<p>S1 y S2: Establecer rapport con la paciente y resignificación del motivo de consulta y recolectar información para la elaboración de la historia clínica. Una vez se construyó la historia clínica se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:</p> <p>S3: Identificar con la paciente algunos esquemas mentales que la estaban llevando a tener una vida intranquila y generar conciencia en que debía e mejorar su forma de pensar, para que su sentir y actuar fueran distintos y que viviera anclada en el presente.</p>	<p>Entrevista semi-estructurada y observación para la elaboración de historia clínica. Firma del consentimiento informado.</p> <p>Explicación del tema de Pensamiento automáticos Distorsionados y brindar herramientas para la identificación y modificación de estos pensamientos.</p> <p>Aplicación del inventario de pensamientos automáticos y teoría (Ruiz y Lujan 1991).</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración cognitiva y Técnica de Mindfulness Anclaje en</p>	<p>Establecer empatía con la paciente, Conocer ampliamente el caso y construir la HC</p> <p>Clarificar conceptos sobre los pensamientos automáticos distorsionados, aprender identificar los pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas, comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos, identificar los supuestos personales y</p>



				<p>el presente. Asignación de tarea con autoregistro.</p>	<p>comprobar su validez.</p>
		<p>S4: Identificar con la paciente los pensamientos de rumiación y preocupación que persistían en su mente producto de la muerte de sus dos hijos.</p>	<p>Se realizó un ejercicio práctico donde la paciente logró identificar y hacer una lista de pensamientos de rumiación (pasado) y pensamientos de preocupación(futuro), Se le asignó de tarea llenar autoregistro sobre pensamientos de rumiación y de preocupación. Técnica utilizada Mindfulness – Cambios Cognitivos a través de la Reducción de la rumiación y preocupación.</p>	<p>Aprendió la paciente que los pensamientos son solo pensamientos y no reflejo de la realidad. Que los pensamientos lejos de encontrar una solución suele crear un espacio de circularidad que auto-perpetua a la depresión. Igualmente reconoció que hay que hacer cambios cognitivos, aceptar las experiencias vividas en el pasado para mejorar su presente inmediato.</p>	
		<p>S5: Trabajar autoestima con la paciente para que fortalezcan su amor propio y de esta manera generar cambios en su vida que repercutan en su propio bienestar y el de su familia.</p>	<p>Se realizó un ejercicio práctico para evaluar auto concepto, auto eficacia y autoimagen en la paciente. Técnica utilizada Reestructuración cognitiva. Asignación de tarea mediante autoregistro para identificar pensamientos</p>	<p>Aprendió la paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos distorsionados que estaban afectando su autoestima.</p>	



			<p>S6: Ayudar a la paciente a integrar la aceptación de la pérdida de sus dos hijos, a través de la expresión de pensamientos y sentimientos relacionados con sus muertes, para superar la etapa de la negación, fase importante en el proceso de duelo.</p>	<p>automáticos distorsionados que desmejoraban autoestima.</p> <p>Realización de ejercicio práctico denominado “técnica el relato de la muerte”, que consistía en relatar y revivir toda la experiencia vivida con relación a las muertes de sus dos hijos desde mucho antes de morir hasta el funeral y el velorio, donde emergen las emociones dolorosas profundas asociadas a este proceso. Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva.</p> <p>Se le asignó como tarea escribir las experiencias vividas con las muertes de sus dos hijos y traerlas a la consulta.</p>	<p>Aprendió la paciente a que es sano llorar además de necesario, comprendió que no debe reprimir sus emociones, ni su llanto y la importancia de hablar del tema de la muerte de sus hijos para llegar a la aceptación de esas pérdidas emocionales.</p>
			<p>S7: Llevar a la paciente a que recuerde los diferentes momentos vividos en la relación y convivencia familiar con sus hijos fallecidos.</p>	<p>A través de un ejercicio llevar a la paciente a que evoque recuerdos y experiencias agradables y desagradables vividas con sus hijos fallecidos, es decir llevarla a</p>	<p>Lograr posicionar a la paciente de modo realista ante la pérdida de sus hijos, dejando atrás la etapa de negación y que comience a conectarse con las emociones</p>



			<p>construir verbalmente la historia de relación con sus hijos fallecidos, escogiendo tres momentos importantes en la relación con ellos y que los conecte uno con el otro y les de una secuencia cronológica.</p> <p>Se le asigna hacer el mismo ejercicio en forma escrita para llevarla a pensar en forma más realista.</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva.</p> <p>NOTA:</p> <p>En este momento importante del proceso terapéutico la paciente abandona el tratamiento, en razón a que empezó a trabajar en confecciones y no podía sacar permisos para asistir a las sesiones. Sin embargo se han hecho llamada para rastrear la evolución del proceso realizado y manifestó sentirse mejor, pero no bien del todo, ya que hay algunos momentos de dificultad, pero que retoma lo aprendido y trata de avanzar por su cuenta. Se tenía previsto trabajar técnicas de relajación como herramientas para controlar y detener pensamientos distorsionados automáticos, con técnicas de control somático –relajación autógena y faltó hacer proceso de cierre de duelo con la técnica de regulación emocional – reparación emocional, terapia del perdón.</p>	<p>dolorosas lo que la llevara a avanzar en el proceso de duelo.</p>
--	--	--	--	--



4	<p>Señora S, de edad 24 años, escolaridad Bachiller, unión libre, profesión belleza.</p>	<p>Conflictos intrafamiliares y de pareja y estrés.</p>	<p>S1 y S2: Establecer rapport con la paciente y resignificación del motivo de consulta y recolectar información para la elaboración de la historia clínica. De acuerdo a la información recolectada en la historia clínica se plantearon los siguientes objetivos terapéuticos:</p> <p>S3: Clarificar con la paciente las causas y consecuencias de la violencia intrafamiliar y se le ofrecieron pautas de afrontamiento de la violencia intrafamiliar y se le habló del alcance que tenían las medidas de protección que le había otorgado la Comisaría de Familia.</p>	<p>Entrevista semi-estructurada y observación para la elaboración de historia clínica. Firma del consentimiento informado.</p> <p>Se realizó un ejercicio de sensibilización en el tema de la violencia intrafamiliar recordando dos experiencias dolorosas una donde ella había sido agredida física, verbal o psicológicamente por alguien (papel de víctima) y otra donde ella había sido la que había generado dolor a otra persona (papel de agresora), se realizó un análisis de las dos experiencias profundizando en los sentimientos vividos y las secuelas emocionales que quedaban productos de no racionalizar las emociones y se le brindaron herramientas y pautas de afrontamiento para ponerle fin a la violencia al interior de su familia.</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración</p>	<p>Establecer empatía con la paciente, Conocer ampliamente el caso y construir su historia clínica.</p> <p>Aprendió a defender sus derechos con respeto, a entender que parte de la sintomatología que presentaba era producto de la inadecuada relación de pareja que estaba llevando con su compañero y familia extensa.</p> <p>Aprendió a que debía poner límites y recibir un trato respetuoso.</p> <p>Se llevó herramientas para utilizar cuando se estaba presentando un hecho de violencia intrafamiliar, que permitiera ayudar a solucionar el problema y no a empeorarlo.</p>
---	--	---	--	--	--



				<p>Cognitiva y la Técnica de control somático regulación emocional – reparación emocional.</p> <p>Se le asignó como tarea hacer un autoregistro donde plasmara las razones por las cuales se presentaba violencia intrafamiliar en el hogar, identificar que sucedió antes y después del evento violento (físico o verbal), si volvía a ocurrir y lo trajera a la siguiente sesión.</p>	
			<p>S4: Identificar con la paciente algunos esquemas mentales que no le estaban permitiendo desenvolverse apropiadamente en su familia y generar conciencia en que debe mejorar su forma de pensar, para que su actuar sea distinto y proyecte mayor asertividad con su compañero, sus hijos, su suegro y sus cuñadas.</p>	<p>Explicación del tema de Pensamiento automáticos Distorsionados y brindar herramientas para la identificación y modificación de estos pensamientos.</p> <p>Aplicación del inventario de pensamientos automáticos y teoría (Ruiz y Lujan 1991).</p> <p>Técnica utilizada Reestructuración cognitiva Asignación de tarea con autoregistro.</p>	<p>Clarificar conceptos sobre los pensamientos automáticos distorsionados, aprender identificar esos pensamientos automáticos que expresan las distorsiones cognitivas, comprobar el grado de validez de los pensamientos automáticos, identificar los supuestos personales y comprobar su validez.</p>



		<p>S5: Identificar con la paciente los pensamientos de rumiación y preocupación que persistían en su mente producto de la inadecuada relación que tuvo con su familia de origen y ahora con su nuevo hogar.</p>	<p>Se realizó un ejercicio práctico donde la paciente logró identificar y hacer una lista de pensamientos de rumiación (pasado) y pensamientos de preocupación(futuro),</p> <p>Se le asignó de tarea llenar auto registro sobre pensamientos de rumiación y de preocupación. Técnica utilizada Mindfulness – Cambios Cognitivos a través de la Reducción de la rumiación y preocupación.</p>	<p>Aprendió la paciente que los pensamientos son solo pensamientos y no reflejo de la realidad. Que los pensamientos lejos de encontrar una solución suele crear un espacio de circularidad que auto-perpetua a la depresión. Igualmente reconoció que hay que hacer cambios cognitivos, aceptar las experiencias vividas en el pasado para mejorar su presente inmediato.</p>
		<p>S6: Trabajar autoestima con la paciente para que fortalezcan su amor propio y de esta manera generar cambios en su vida que repercutan en su propio bienestar y el de su familia.</p>	<p>Se realizó un ejercicio práctico para evaluar autoconcepto, autoeficacia y autoimagen en la paciente. Técnica utilizada Reestructuración cognitiva. Asignación de tarea mediante autoregistro para identificar pensamientos automáticos distorsionados que desmejoraban autoestima.</p>	<p>Aprendió la paciente a identificar y modificar los pensamientos automáticos distorsionados que estaban afectando su autoestima.</p>



			<p>NOTA:</p> <p>En este momento del proceso terapéutico la paciente suspende el tratamiento, por razones laborales, pero no precisó más detalles, se le ha hecho seguimiento al caso por vía telefónica y manifiesta que desea volver a terminar el tratamiento, pero que no le ha quedado tiempo, sin embargo, no ha vuelto. Se tenía programado trabajar terapia de pareja y proyecto de vida y terapia de perdón, de acuerdo a los objetivos terapéuticos resultantes de la historia clínica, pero aún no ha sido posible</p>		
4	<p>Niña H: de 8 años de edad, escolaridad Tercero Primaria.</p>	<p>En resumen Dificultad para dormir, pérdida del apetito, dificultad para tomar líquidos, no quería volver al colegio por dependencia emocional por la progenitora.</p>	<p>S1: Establecer empatía con el progenitor de la niña y conocer ampliamente del padre la historia y evolución del problema motivo de consulta,</p> <p>Se programa para la siguiente sesión una entrevista con la progenitora para complementar la historia clínica, teniendo en cuenta su opinión frente a los problemas motivos de consulta, al finalizar la primera sesión se le dijo al padre de la niña que de acuerdo a la información recolectada hasta el momento era necesario hacer intervención psicológica con los dos padres y que éstos a su vez debían firmar un consentimiento informado para esa intervención y para realizar intervención con la niña se debía igualmente firmar un consentimiento informado por parte de ambos padres, el señor no se opuso a esto y se llevó una citación para que asistieran los dos progenitores y poder firmar los consentimientos informados para posteriormente iniciar proceso terapéutico.</p>	<p>Entrevista semi-estructurada y observación para la elaboración de historia clínica. Se le sugiere al padre que la niña sea valorada por medicina general y nutrición, a efectos de descartar problemas de salud física y desnutrición.</p>	<p>Establecer empatía el padre de la paciente, Conocer ampliamente el caso y construir la HC. No se tuvo contacto con la niña.</p> <p>Entrevista semi-estructurada y observación para la elaboración de historia clínica. Se le sugiere al padre que la niña sea valorada por medicina general y nutrición, a efectos de descartar problemas de salud física y desnutrición.</p>



		<p>S2: A esta citación no asistieron los padres, tampoco llamaron para cancelar la cita y se perdió contacto con el señor que solicitó la cita. Como a los dos meses se aparece nuevamente el padre a informar que no había podido asistir porque estaba trabajando y que no le quedaba tiempo, pero que ahora si iba a hacer el esfuerzo por asistir que le diera una nueva cita para venir con su esposa y que quería que le atendiera la niña lo antes posible, por esta razón se programó un nuevo encuentro, al que tampoco asistieron.</p> <p>S3: Una semana después aparece la progenitora de la niña sin cita previa y se identifica, manifestando que solo pudo asistir ella, pero que su esposo no, entonces se le informa a la señora del procedimiento adelantado a la fecha con el progenitor de la niña, e insistía en que le atendieran a la niña que tenía problemas que le preocupaban, le expliqué que necesitaba que estuvieran los dos padres y firmaran un consentimiento informado para luego proceder a atender a la menor, sin embargo le aclaré que parte de los problemas que se estaban presentando con la niña se podían resolver con la intervención que se realizara con los padres, que necesitaba ampliar la historia clínica de la niña con ella. De acuerdo a la información suministrada por los padres se evidenciaba dificultades en el manejo de la autoridad, el padre era autoritario y la madre permisiva, por lo que se le realizó orientación a la progenitora en pautas de crianza y se le brindaron herramientas para que ella utilizara en casa.</p>		<p>Aprendió la progenitora que habían dificultades entre los padres en el manejo de la autoridad, que la niña era más funcional cuando estaba en presencia del padre por ser más estricto en el manejo de la autoridad. Entendió igualmente que ella debía hacer un trabajo fuerte por psicología ya que la mayoría del tiempo la niña permanecía bajo su cuidado.</p>
--	--	--	--	--



			<p>Se le asignó tarea “Economía de fichas”, se pidió a la progenitora realizar una cartelera con 10 conductas que debía mejorar la niña y reforzar positivamente las conductas que lograra la niña mejorar y Psico-educar en las conductas que la niña no lograra cambiar. En esta tarea se recomendó trabajarla en conjunto con el padre, es decir que los dos estuvieran de acuerdo a la hora de reforzar las conductas.</p> <p>A la fecha los señores no volvieron a consulta, tampoco llamaron, se ha intentado comunicación al teléfono de contacto con el padre, sin embargo no ha sido posible su asistencia y permanencia en el tratamiento.</p>		<p>Comprendió igualmente que su hijo menor era muy funcional porque con él el trato había sido diferente, con él era más exigente y lo soltaba más para que él hiciera las cosas por su cuenta, cosa contraria ocurría con su hija que debía hacerle todo.</p> <p>Aprendió el manejo de la economía de fichas para aplicarla en casa.</p>
--	--	--	--	--	---



1.16.2. Eje de Orientación Psicológica

Actividad	Objetivo	Estrategias, métodos o técnica a utilizar	Recursos	Tiempo	Resultados Esperados
Orientación Psicológica.	<p>Brindar orientación psicológica a los usuarios que acuden a la comisaria de Familia y llevar el respectivo seguimiento a cada caso (motivos de consulta abordados Pautas de crianza, violencia intrafamiliar y presunto abuso sexual, maltrato por negligencia, incumplimiento a las responsabilidades de padres, rebeldía en adolescentes, realizar entrevistas y emitir conceptos dentro de los procesos administrativos de restablecimiento de derechos, resolución de conflictos de pareja por deficiencia en la comunicación.</p> <p>Ofrecer orientación psicológica en atención en crisis y brindar herramientas para el abordaje de dichas problemáticas (casos de violencia intrafamiliar, presunto abuso sexual, manejo inadecuado de la custodia y visitas.</p> <p>Estos casos eran atendidos durante una sesión o en algunos casos dos sesiones</p>	<p>-Entrevista semi-estructurada. Llavona, L. (2009). Entrevista. En: Labrador, F. (Coord).</p> <p>-Intervención en Crisis. Rubin Wainrib, B. y Bloch, E.</p> <p>-Técnicas de Relajación. Amigo Vásquez, I; Fernández Rodríguez, C y Pérez Álvarez, M. (2010)</p> <p>-Entrenamiento en habilidades sociales. Caballo, V. (2008)</p> <p>-Entrenamiento en solución de problemas. Becoña Iglesias, E. (2009).</p> <p>-Entrenamiento en autoinstrucciones. Caballo, V. (2008).</p> <p>- Técnicas de autocontrol. Carrasco Galán, M. (2009).</p> <p>-Psicoeducación. Builes Correa, M. y Bedoya Hernández, M. (2006).</p> <p>-Problemas de pareja. Caballo, V. (1997) Llavona Uribebarrea, L. (2005)</p> <p>- Entrenamiento de Padres. Caballo, V. (1995)</p> <p>- Psicoterapia Narrativa cognitiva. Concalves, O. (2002).</p> <p>-Reestructuración Cognitiva. Beck, J.S. (2000).</p>	<p>Autoregistro</p> <p>Consentimiento informado.</p> <p>Economía de fichas</p> <p>Inventario de pensamientos automáticos. (Ruiz, y Lujan, 1991.)</p> <p>Inventario de necesidades de pareja (Castro, L. Rojas, N; adaptación, Jiménez J. 2013).</p>	<p>40 a 45 minutos por sesión, en algunos casos se requerían dos sesiones.</p>	<p>Desarrollo de habilidades por parte de los usuarios que acuden a consulta psicológica a la comisaria de Familia del municipio de Piedecuesta para que le den un adecuado manejo de su situación "problema" y la adherencia a un posible tratamiento, en el evento de que decidan recibir tratamiento psicológico.</p>



1.16.3. Eje de Capacitación

Actividad	Objetivo	Estrategias, métodos o técnica a utilizar	Recursos	Tiempo	Resultados Obtenidos
Capacitaciones	-Psico-educar a padres de familia, usuarios de la Comisaría de Familia del municipio de Piedecuesta sobre Pautas de crianza y estilos de autoridad.	-Taller de Psi coeducación a familias con hijos en situación de riesgo psicosocial. Rodríguez, O; Rodríguez, J. y García-López, L. (2005). Ejercicio práctico: Se le pidió a los padres invitados a la actividad imaginar las pautas de crianza recibidas por sus padres, e imaginar las pautas de crianza impartidas por ellos a sus hijos y hacer grupos de seis personas y realizar una reflexión orientada a buscar cuáles pautas de las dos familias se podrían seguir manteniendo en sus hogares y cuáles se debían eliminar por ser inapropiadas y generar conflictos a la hora de ejercer autoridad. Posteriormente se nombraba un moderador de cada grupo y se socializaban las opiniones que surgieron del grupo, finalmente se sacaban unas conclusiones y se le impartía al grupo de padres aspectos importantes que se debían tener en cuenta en la crianza y educación de los hijos y se les brindó herramientas para trabajar en el hogar.	Salón, sillas, folletos, Salón, sillas, video, computador, video ben, mesa folletos, hojas tamaño carta, dos medias hojas por persona, escarapelas, refrigerio.	-2 horas	-Comprensión acerca de las pautas que estaban ejerciendo que tenían mucha relación con las pautas ofrecidas por sus padres y que sin mala intención se estaban cometiendo errores, sobre todo en desautorizar al otro padre cuando estaba ejerciendo autoridad o descalificar al otro padre en presencia de los hijos. Aprendieron igualmente que de acuerdo a la edad los hijos iban adquiriendo comportamientos propios de cada etapa, los cuales generaban preocupación y conflicto entre los padres, aspecto en el que los hijos toman ventaja a su favor.
	Brindar pautas de afrontamiento de la violencia intrafamiliar a: Los usuarios involucrados en estos procesos, para prevenir que se repitan nuevos	Taller sobre pautas de afrontamiento de la violencia intrafamiliar dirigida a la población en general, usuaria de la Comisaría de Familia. Ejercicio práctico: Se le expone a los participantes conceptos importantes sobre el tema como definición de la violencia intrafamiliar, clases, causas, consecuencias, ciclo vital del a	Salón, sillas, Hojas de papel, lápices, tijeras, fosforera, canasta de la basura, computador, plegables, refrigerios, cuadernos, mesa,	2 horas.	Aprendieron que los sentimientos de la víctima se diferencian a los del agresor, porque a éste último lo acompaña el sentimiento de culpa por el daño



	<p>hechos que les generen sanciones como lo contempla la Ley de Violencia.</p> <p>A los usuarios de la Comisaría de Familia que acuden por otra situación, para prevenir y evitar que aumente la problemática, o que se mantenga en lo oculto, sin denunciar estos hechos y sin tomar las medidas necesarias, que garanticen la armonía del hogar.</p> <p>A los agentes educativos y madres comunitarias del municipio para que éstos sean multiplicadores ante los padres de familia de los niños de los hogares de bienestar familiar y hogares FAMI de Piedecuesta.</p>	<p>violencia. Posteriormente se realizó un ejercicio de sensibilización que permitió llevar a los participantes a evocar recuerdos y experiencias vividas sobre hechos de violencia intrafamiliar donde ellos participaron en un momento como víctimas y en otro momento como agresores de la violencia, se llevaron a experimentar sentimientos y emociones vividas en esos dos momentos y exteriorizarlos de tal manera que se les había dado para cada momento una hoja que debía destruir en ese momento para sacar ese daño emocional que todavía les estaba causando. Después de haber sacado a estas personas de los dos momentos, previas respiraciones y llevarlos a su estado natural se les puso a expresar lo que habían sentido y experimentado con libertad de que solo participara quien quería contar su experiencia, la cual debía ser abordada con respeto por todas las personas que se encontraban en el salón, se hizo igualmente una comparación entre los sentimientos que experimentaba la víctima y el agresor, luego se les compartió una lectura llamada “LA PUERTA”, para cerrar el ejercicio. Finalmente se les enseñó a los participantes 4 pautas de afrontamiento de la violencia intrafamiliar (La retirada o huida, la pera de box, brazos cruzados y la carta), todas con el fin de saber qué hacer cuando estos se enfrentaran a una nueva situación de violencia intrafamiliar, es decir a cómo prevenirla y garantizar que las familias vivan en armonía.</p> <p>Taller sobre la detección y la prevención del abuso sexual en los niños y niñas, brindando herramientas y conocimientos a los padres de familia, agentes educativos, madres comunitarias del municipio de Piedecuesta.</p> <p>Se realiza una actividad práctica con un numero de preguntas relacionadas al tema de la detección y la prevención del abuso sexual, se le pide al grupo que formen una mesa redonda y se tienen en</p>	<p>cámaras fotográficas.</p> <p>Salón, sillas, folletos.</p>	<p>2 horas</p>	<p>causado y por esta razón era que se entra en el círculo de la violencia y no se actuaba en forma apropiada por el arrepentimiento y las promesas de cambio, cuando realmente no le está dando solución al problema trabajando en las causas de la violencia.</p> <p>Aprendieron nuevas formas de enfrentar la violencia sobre todo utilizando la inteligencia emocional.</p> <p>Aprendieron que se debe hacer frente a un hecho de violencia, donde acudir a buscar ayuda.</p> <p>Aprendieron a detectar los casos de abuso sexual en sus comunidades de acuerdo a los conocimientos adquiridos en el taller.</p>
--	--	---	--	----------------	--



	<p>familiar y hogares FAMI del municipio de Piedecuesta.</p> <p>Levar a las agentes educativas y madres comunitarias a través del taller “terapia del perdón” a hacer reparación emocional de las experiencias traumáticas vividas.</p>	<p>el tablero las preguntas hechas debajo del mismo número de estrellas y se les entrega un objeto para que lo empiecen a pasar con la dinámica tingo, tingo, tingo, tango y la persona que le corresponde el tango se desplaza al tablero y desprende una estrella y la lee para todos y debe responderla de acuerdo a los conocimientos que tenga del tema, después el grupo retroalimenta la respuesta y la profesional que dicta el también amplía la respuesta, y así sucesivamente hasta terminar las preguntas. El ejercicio es muy enriquecedor, porque se trabaja sobre los conocimientos que tienen los participante y posteriormente la profesional retroalimenta el tema y brinda herramientas para el manejo del tema en sus comunidades.</p> <p>Taller sobre la Terapia del perdón que les permite a los participantes exteriorizar sentimientos y emociones que les causaban daño por experiencias traumáticas vividas. Técnicas utilizadas Reestructuración cognitiva, Mindfulness Anclaje en el presente y Control Somático Regulación Emocional – Reparación Emocional.</p> <p>Se realiza una actividad práctica dividida en 6 momentos importantes:</p> <p>En el primer momento comprendía conceptos básicos sobre el perdón y trabajar en grupos de dos personas la oración del padrenuestro que se paso a 9 grupos en forma fragmentada, cada grupo tenía una parte, se hacia una reflexión y se socializaba.</p> <p>En el segundo momento se les pidió a las participantes que eligieran a una persona que les hubiera causado daño para que trabajaran la terapia del perdón, se realizó una pequeña relajación para crear las mejores condiciones para realizar el presente ejercicio, luego a ellas se les pidió cerrar los ojos durante este ejercicio, traer a su mente el recuerdo más doloroso que tuvieran con</p>	<p>Salón, sillas, Hojas de papel, lápices, tijeras, fosforera, canasta de la basura, computador, plegables, refrigerios, cuadernos, mesa, cámaras fotográficas.</p>	<p>3 horas</p>	<p>Las participantes aprendieron a no dejarse afectar por los comportamientos inadecuados de los otros, a no permitir que sobrepasen los límites del respeto. A comprender de donde provienen los problemas de los otros.</p> <p>Aprendieron que perdonar no es tolerar ni justificar los comportamientos de los demás.</p> <p>Aprendieron que deben atacar la conducta y no a la persona que la emite.</p>
--	--	---	---	----------------	---



	<p>esa persona, se les pidió re-experimentar la experiencia, revivir todos los recuerdos desagradables que esa persona le había hecho vivir, también traer a su recuerdo todos esos defectos que tenía esa persona.</p> <p>En el tercer momento las participantes debían elaborar en una hoja que se les daba un dibujo de cuerpo completo de la persona que estaban perdonando, re experimentar y revivir recuerdos dolorosos con esta persona y agregarle al dibujo los defectos que esta persona tenía, tratando de identificar con que órganos de su cuerpo era que mayor daño causaba, una vez se lograban identificar se exteriorizaban todos esos sentimientos que estaban experimentando producto del daño emocional causado y se les pedía que rayaran el dibujo en la parte que más daño había causado y rayarlo hasta que toda la ira y los sentimientos que todavía permanecían allí salieran, solo se podía parar hasta que la persona se cansara de rayar, luego cada participante podía elegir qué hacer con el papel que quedaba (cortarlo, romperlo, arrugarlo, hacerle huecos) y guardarlo para después utilizarlo.</p> <p>En el cuarto momento las participantes debían elaborar en una segunda hoja que se les daba un dibujo de cuerpo completo de la persona que estaban perdonando, donde podía re experimentar y revivir recuerdos agradables vividas con esta persona, momentos significativos e importante y agregarle al dibujo todas sus cualidades que esta persona tenía, sus aspectos positivos, tratando de identificar en que órganos de su cuerpo era donde se almacenaban sus virtudes y talentos, una vez se lograban identificar se escribían en cada órgano sacando una flecha, terminaba la actividad, se les pedía a los participantes tomar los dos dibujos y hacer una reflexión sobre ellos, comprender porque esta persona actuaba en forma negativa y porque le estaba causando daño, es decir se retroalimentó al grupo sobre este tema. Después se le pide al grupo que haga una elección</p>			
--	--	--	--	--



		<p>quedándose con uno de los dos dibujos y con el que desecharon se realizó una fogata cerrando con esto el ejercicio.</p> <p>En el quinto momento se le pide a las participantes hacerse de por parejas (con música de fondo instrumental “la canción del padrenuestro” cada participante se hacía frente a su compañera, haciendo de cuenta que la persona que tenía en frente era la persona que había perdonado y le iba a expresar algo que realmente sintiera y quisiera decir a esa persona que no estaba presente y que había elegido perdonar, cuando la una terminaba, empezaba la otra y finalmente se daban un abrazo fuerte, después cada una pasaba por todas sus compañeras y le daba un abrazó y le expresaba algunas palabras que deseara decir en ese momento a su compañera de trabajo, en este momento se realizo un ejercicio de abrazo terapia.</p> <p>Finalmente se dan las conclusiones del taller, sugerencias y compromisos para trabajar con sus comunidades.</p>			
--	--	---	--	--	--

2. REFERENTE CONCEPTUAL

Durante la estancia de la práctica realizada en la Comisaría de Familia del Municipio de Piedecuesta, se trabajaron diversos temas, dentro de los cuales se destacan los siguientes: Elaboración de Duelo, Depresión, Pautas de crianza, Terapias de Pareja, Distorsiones Cognitivas, Abuso Sexual y Violencia Intrafamiliar, resaltando éstos como las principales motivos de consulta.

El término duelo proviene del latín “dolus”, que significa dolor, el proceso de duelo es la forma en que cada persona afronta y elabora su dolor ante la pérdida. En un sentido amplio podemos definir el duelo como “ la reacción psicológica que se produce ante la pérdida de alguien, o algo significativo para nosotros”, en este sentido podemos observar manifestaciones, o reacciones de duelo ante otras experiencias vitales que no tienen que ver directamente con la



enfermedad, o la muerte, pero que pueden suponer un sentimiento de pérdida importante, como pueden ser una separación o divorcio, un traslado de residencia donde dejamos atrás amigos, puede suponer un sentimiento de duelo, sin embargo, lo más común cuando utilizamos este término es que lo hagamos para hacer referencia a la reacción que se produce ante la enfermedad y la muerte, en este contexto podemos acotar y redefinir el duelo como “la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido, que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después del fallecimiento”. Ángel Pascual Blanco, Psicólogo.

Algunos autores contemplan el duelo como “una experiencia de sufrimiento total” ya que podemos observar manifestaciones de duelo en todos los niveles de respuesta, a nivel **emocional** (tristeza, melancolía, rabia, culpa...), **cognitivo** (falta de concentración, preocupación, pensamientos recurrentes...) **conductual** (aislamiento, llanto, desinterés por las actividades cotidianas...) **físico** (cansancio, falta de energía, dolores musculares..) **social** (dificultad para retomar las relaciones sociales) y **espiritual** (cuestionamiento existencial y de valores) Ángel Pascual Blanco, Psicólogo.

En diversas ocasiones, muchas personas afrontan situaciones que a simple vista son considerados por ellos y sus familiares como extrañas, o que no estaban dentro de la conducta normal que estaban guiando al sujeto y esto es muy frecuente verlo en los procesos de duelo, donde no sólo se llama duelo ante la muerte de un ser querido, sino también puede presentarse experiencia de duelo ante cualquier pérdida que enfrenta el ser humano como ruptura de una relación sentimental, pérdidas materiales, etc.

Como señalan Pérez et al. (2000), gráficamente se podría representar por el paso de un huracán o las olas de una gran marea que alternan embates violentos, con periodos de descanso aparente y nuevas embestidas, cada vez, generalmente, de menor intensidad.

La mayoría de la gente no necesita ayuda para elaborar su duelo. El problema viene cuando alguien no lo resuelve adecuadamente y siente que no consigue seguir con su vida, sin que la pérdida interfiera en ésta de manera significativa. Al principio del proceso de duelo es normal que ocurra esto, pero mantenido en el tiempo puede desembocar en un duelo patológico,



complicado, o no resuelto, que podría definirse como “la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución” (Horowitz, 1980).

Superar un duelo requiere de tiempo y un gran esfuerzo personal. El esfuerzo que debe hacer el doliente para superar la pérdida de forma “normal” es lo que varios autores han denominado “trabajo de duelo” (Freud 1917; Lindeman 1944; Kubler Ross, 1974; Wordon, 1983; Osterweis et al. 1984; Rando, 1988, Wright, 1991; Ripoll, 1997). El trabajo de duelo incluye estar activo, expresar los sentimientos, construirse una nueva identidad y rehacer la vida.

La duración de duelo varía según la persona y su red de apoyo social. Sin embargo, generalmente, los sentimientos más agudos, e intensos empiezan a remitir entre los seis meses (Casanueva y Rallo 1985).

En la resolución normal de un duelo influyen una serie de factores (Novel y Lluch, 1991; Espina, 1995; Ripoll, 1997; Valdés y Blanco, 1997) como Circunstancias específicas de muerte, ya que resulta más difícil aceptar la muerte cuando es repentina e imprevista.

Es de vital importancia, identificar los recursos de apoyo personales de afrontamiento (familiares, amigos, vecinos, grupos de autoayuda) y adaptación a las crisis que se puedan llegar a presentar.

Está demostrado que el apoyo social es un factor fundamental en la salud física y psíquica, de manera que los sujetos con buen apoyo social pueden tolerar las situaciones de estrés sin enfermar, mientras que las mismas situaciones pueden provocar graves desarreglos somáticos y psíquicos si no se cuentan con una buena red de apoyo que ayude a afrontar las situaciones críticas, que pueden terminar en un cuadro de depresión (Espina, 1995).

La palabra depresión proviene del término latino *depressus*, que significa “abatido” o “derribado”. Se trata de un trastorno emocional que aparece como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. La depresión se manifiesta en cuatro niveles diferentes: a nivel fisiológico se caracteriza principalmente por anergia; a nivel motivacional se caracteriza por anhedonia, falta de disfrute; a nivel cognitivo se caracteriza fundamentalmente



por desesperanza, pesimismo, ver un futuro sin horizonte; y a nivel biológico por alteraciones de los ritmos sueño-vigilia, pérdida de peso, pérdida de apetito, disminución del deseo sexual. (Jacobo reyes Martos, Mercedes M Porcel Prez, 2012).

La Depresión es un problema humano tan frecuente en tantas culturas que se ha denominado “el resfriado común de los trastornos emocionales”. La respuesta depresiva puede constituir una reacción ante un estímulo estresante externo (p, ej., una pérdida), o ser más característico del patrón de respuesta de una persona frente al mundo. Podría suceder como episodio único o ser parte de una serie recurrente de episodios, ocurriendo con distintos niveles de gravedad. Sin embargo, cuando aparece puede contribuir a problemas que van desde la disforia o el malestar leves, que deterioran el funcionamiento de un individuo, hasta deseos y acciones que tiene como objetivo fina la muerte causada por el propio individuo. Aunque la depresión parecer ser una respuesta universal, constituye sin embargo, una respuesta que puede limitarse en su gravedad, reducirse en su frecuencia y tener un impacto que no llega a amenazar o afectar a la persona durante la vida.

La Terapia cognitiva de Beck se desarrolló de forma específica en respuesta a la necesidad de tratamiento de la depresión (Beck, 1967; Beck 1976; Beck et al., 1979), y así la eficacia de la terapia cognitiva ha sido muy estudiada en sus aplicaciones a la depresión.

Independientemente de las variaciones en la manifestación de los síntomas y en el curso de la depresión, el enfoque cognitivo sobre la conceptualización y sobre el tratamiento de la depresión empieza con la observación de los procesos, las estructuras y los productos cognitivos comunes que parecer mediar y moderar todos los casos de Depresión (Beck, 1991).

La depresión es un trastorno que tiene como característica principal un sentimiento de tristeza de gran intensidad. Existe lo que se denomina “**depresión reactiva o exógena**”, que es generada por una reacción extrema frente a un acontecimiento externo, como puede ser un accidente, la muerte de un ser querido, la ruptura de una relación sentimental, una pérdida material, etc, éste tipo depresión es normal frente a dichos acontecimientos. Pero también existe lo que llama “**depresión endógena**”, que aparece sin motivo externo aparente, y tiene una causa biológica. Quienes la padecen son invadidos por un sentimiento desmedido de tristeza y melancolía, tienden



a perder el apetito, les cuesta dormir, entre otras cosas. Si bien es un estado difícil de tratar dadas las características de los síntomas, no es imposible.

Nos centraremos en la **depresión de origen exógena o reactiva**, que es generada por una reacción extrema, frente a un acontecimiento externo, en este caso específico la ruptura en una relación de pareja que puede ser una de las experiencias más dolorosas para una persona, después de la muerte de un ser querido. La separación es una experiencia emocionalmente traumática y es necesario que cada una de las partes involucradas, pase por un proceso de duelo. Por supuesto, cada ruptura es diferente y las circunstancias que la rodean también. En el impacto inicial y en el desarrollo posterior del duelo influyen muchos factores, no es lo mismo tomar la decisión conjunta de separarse tras años de convivencia, cuando la relación está muy deteriorada, que si se trata de una decisión unilateral y repentina por parte de uno de los miembros, o si existen terceras personas involucradas, de por medio. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid)

Tampoco lo vive de la misma manera el que toma la iniciativa (parte activa) ya que, en cierto modo ha ido asumiendo gradualmente su nueva situación, que el otro miembro (la parte pasiva), al que le puede coger totalmente desprevenido. Esto no quiere decir, que el que toma la decisión vaya a sufrir menos, sino que el impacto inicial no va a ser el mismo. En cualquier caso, el duelo es una reacción natural y un proceso largo y doloroso por el que es necesario pasar, ante la pérdida de la persona amada. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid)

Cada persona necesita su tiempo para vivir el proceso de duelo, la duración es variable, pero la etapa de duelo agudo, no debería durar más de 6 meses, estas etapas no tienen por qué presentarse en este orden, se puede solapar entre sí y hay emociones que se pueden sentir con más intensidad que otras. Las etapas básicas del proceso de duelo son las siguientes: **Impacto inicial:** Cuando una persona no se esperaba el anuncio de la ruptura por parte de su pareja, hay una primera reacción de incredulidad e irrealidad. Esta sensación puede durar horas o días. **Negación:** El hecho de intentar negar lo ocurrido, de no aceptar la realidad de hacerse falsas esperanzas, es una forma de amortiguar un poco el impacto inicial del dolor. En ocasiones la persona no informa de la ruptura ni a familiares, ni a amigos, como si fuese algo pasajero. Es una etapa en la que se tiende al aislamiento social. **Tristeza y Dolor Intenso:** En esa fase, la persona se encuentra



deprimida, sin ganas de hacer nada. El pensamiento se vuelve obsesivo, no se puede pensar en otra cosa, Suelen aparecer trastornos de sueño, malos hábitos en la alimentación y un descuido general. La sensación de vacío, el llanto y la tristeza son las emociones más habituales. Pensamientos del tipo “nunca me recuperaré de esto”, “preferiría que el otro hubiese muerto, así podría pasar página”, etc, son muy típicos en esta etapa. Aquí es necesario dejar que las emociones fluyan, aunque en ese momento la persona sea incapaz de verlo, poco a poco el dolor se irá debilitando. **Ira y rabia:** La pena y la tristeza, suele dar paso a un sentimiento de rabia. La persona en muchas ocasiones, se siente herida y suelen surgir sentimientos de resentimiento y rencor. **Aceptación:** La aceptación no quiere decir que sea una etapa feliz, pero la persona empieza a encontrar cierta paz, ya no se tiene la necesidad de hablar y de pensar continuamente en el tema de la ruptura y se empieza a disfrutar más en compañía de otros. En definitiva, estamos ante el paso previo a la resolución. **Reorganización y Resolución:** Aquí la persona ya ha aceptado su nueva situación, necesitara reorganizar de nuevo su vida y retomar actividades que se habían abandonado, para poder seguir adelante. Es una etapa que se caracteriza por los cambios. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid).

El apoyo psicológico se hace necesario, según transcurre el tiempo, no registra ningún avance, sigue sumida en la tristeza y en la desesperanza y presenta un deterioro en su salud, estaríamos hablando de un duelo patológico. En este momento es aconsejable pedir ayuda profesional, con el fin de ayudar a la resolución, ya que de lo contrario, un duelo complicado puede acabar provocando un trastorno depresivo o de ansiedad. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid).

Hay una serie de conductas nocivas que pueden llevar a desarrollar otro trastorno psicopatológico como **el abuso de alcohol u otras drogas**, con el fin de evadirse de la realidad, a veces **una tendencia a desarrollar una serie de conductas desadaptativas** en el intento desesperado de volver con la otra persona, **uso o abuso de antidepresivos o ansiolíticos** para intentar enmascarar las emociones que se tiene de sentir que el duelo es un error, **el descuido general de la salud, los malos hábitos en la alimentación y en los cuidados básicos, mantenidos a lo largo del tiempo**, pueden hacer que tenga una mala calidad de vida,



entorpeciendo aún más la resolución del problema. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid).

En el trance del duelo se pueden sentir emociones como sensaciones de fracaso, sentimientos de culpa, envidia hacia amigos o familiares del entorno que no están pasando por la misma situación, rencor, etc. También son frecuentes en las etapas iniciales, síntomas físicos como: Insomnio, falta de apetito, dolor de cabeza y otros síntomas de ansiedad. Lo importante es no quedarse anclado en el pasado, y poder empezar a mirar hacia adelante. Es fundamental ayudar a la persona a que asuma que la relación ha llegado a su fin, para que pueda salir exitoso de esta etapa tan dolorosa. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid).

El apoyo psicológico podrá ayudar a la persona a expresar sus sentimientos, a eliminar conductas nocivas, a recuperar su confianza y su autoestima y a identificar pensamientos irracionales que puedan estar interfiriendo en la resolución del duelo. En definitiva, ayudarle a encontrar de nuevo un sentido a la vida. (Silvia García Graullera, Psicóloga Clínica, 2012, Madrid).

En el caso particular de una depresión mayor o severa que no reciba tratamiento farmacológico, psicoterapia y cambio de hábitos en el estilo de vida de los pacientes que la padecen, puede desembocar en un intento suicida, o consumarse en un suicidio. El suicidio uno de los más trágicos problemas de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. “Cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos”, ha declarado la Dra. Catherine Le Galés-Camus, Subdirectora General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

El suicidio representa el 1,4% de la carga mundial de morbilidad. Entre los países que informan sobre la incidencia de suicidios, las tasas más altas se dan en Europa del este, y las más bajas sobre todo en América Latina, los países Musulmanes y unos cuantos países Asiáticos. Se dispone de poca información sobre el suicidio en los países Africanos.



El comportamiento suicida está determinado por un gran número de causas complejas, tales como: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden ocasionar el riesgo de suicidio.

“Es importante reconocer que el suicidio se puede evitar”, dice el Profesor Mehlum, “y que el hecho de tener acceso a los medios necesarios para suicidarse es tanto un factor de riesgo relevante como un determinante del suicidio”.

Los métodos más empleados para suicidarse son los plaguicidas, venenos, las armas de fuego y diversos medicamentos, como los analgésicos, que pueden resultar tóxicos si se consumen en cantidades excesivas.

Entre los factores de protección contra el suicidio, cabe citar una alta autoestima y unas relaciones sociales ricas, sobre todo con los familiares y amigos, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales.

La pronta identificación y el tratamiento adecuado de los trastornos mentales son una importante estrategia preventiva. Con la ayuda de expertos de todo el mundo, la OMS ha elaborado una serie de directrices para distintos públicos llamados a tener un papel esencial en la prevención del suicidio, incluidos profesionales sanitarios, personal docente, funcionarios de prisiones, profesionales de los medios de comunicación y personas que han intentado suicidarse.

También hay datos que indican que las noticias de suicidios aparecidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular esos actos. Por ello, instamos a los medios de comunicación a demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre esas muertes trágicas y a menudo evitables, ha declarado el Dr. Saraceno: “los medios de comunicación también pueden contribuir de forma destacada a reducir el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales”.



Por otro lado, acerca del abuso sexual, es importante tener claro en primera instancia en el tratamiento es buscar tres objetivos primordiales que son, prevenir que siga ocurriendo el abuso sexual, minimizar las consecuencias emocionales y por último ayudar a superar en la medida de lo posible el trauma (Urrea, J. 2007).

Es fundamental realizar una adecuada valoración psicológica, antes de emitir un concepto profesional sobre el presunto abuso sexual, ya que estos casos manejan un protocolo riguroso no sólo a nivel de salud mental, sino también a nivel legal y judicial. Durante esta valoración, se debe asegurar la protección de la víctima en relación a un nuevo hecho de abuso sexual y restablecerle sus derechos.

El apoyo se hace indispensable, ya que sirve como estrategia para ayudar a afrontar los momentos por los cuales tendrán que pasar como son el encuentro con las autoridades encargadas de la protección y restablecimiento de derechos de las víctimas y quienes adelantan los procesos judiciales. Este apoyo es necesario, sobre todo por parte de los familiares, ya que permite al niño sentirse protegido.

Muchos de los planteamientos realizados sobre el tema de abuso sexual, apuntan a la importancia de que el niño hable sobre lo ocurrido y exprese sus sentimientos, ya que no es bueno que se minimicen los hechos, en aras de superar las consecuencias, o traten de ocultar el sentimiento que esto les genera. Es por esto, que es recomendable que el niño asimile la situación como un hecho que le sucedió y que pertenece al pasado, enfatizando que los síntomas que actualmente presenta van a ir desapareciendo poco a poco.

Dentro del Abuso sexual se ven implicadas una serie de variables como lo son, **las variables cognitivas**, donde se pueden encontrar distorsiones cognitivas en relación a la culpabilidad del evento, por lo cual se debe trabajar sobre reestructuración cognitiva haciéndole comprender que la responsabilidad fue sólo del agresor. **Variables emocionales**, donde la experiencia puede llevar a una baja autoestima en la cual se invita al paciente a empezar a cuidar su imagen, el aseo personal, la forma de vestir, participación en actividades deportivas o recreativas, que permitan demostrar sus habilidades; ya que esto fomentará poco a poco una autoimagen positiva. **Variables sexuales**, en las cuales la conducta sexual se torna de forma inapropiada, por lo que es



necesario brindar información sobre enfermedades de transmisión sexual, métodos de protección y planificación, formas de cuidarse de un posible nuevo abuso y que aprenda a identificar situaciones de riesgo que puedan estar asociadas al abuso sexual. **Variables conductuales**, que pueden evidenciarse a través del retraimiento y aislamiento con las demás personas, de forma que se sienten intimidados, o a través de respuestas agresivas en la interacción social.

Teniendo en cuenta las variables antes mencionadas, es por esto que se plantea un abordaje cognitivo conductual en el cual se incluya el aprendizaje de habilidades sociales, técnicas en asertividad, relajación, control de ira, desensibilización sistemática, y una educación afectiva y sexual. (Urrea, J. 2007).

Colombia se ha caracterizado como uno de los países más violentos del mundo, fenómeno cuyas dimensiones ha hecho aparecer un número importante de estudios y un amplio debate que se ha centrado en el análisis de la violencia generada por el conflicto armado. La violencia intrafamiliar es un fenómeno de más reciente consideración pública y académica en el País. Los “actores armados” en casa, han sido poco considerados en lo que se ha denominado los estudios sobre la violencia (Revista de Estudios Sociales No 17 Genero, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia, universidad de los Andes Bogotá).

La violencia se considera como un fenómeno humano, cuyo origen podría tener una explicación a nivel biológico, sin embargo de mayor importancia en las interacciones sociales y culturales, la violencia intrafamiliar se presenta en todos los niveles de la sociedad, incluyendo a la gran mayoría de familias, especialmente a las más pobres, que cuentan con pocos recursos para abordar esta problemática y sus consecuencias, las familias de clase alta también se ven afectados por esta problemática, la cual es abordada de manera distinta, esto podría ser porque cuentan con mejores recursos que les permiten ser atendidas en clínicas privadas, o buscar ayuda profesional de manera particular, o en las entidades de salud, quedando de esta manera los casos por violencia intrafamiliar en este tipo de población sin denunciar, ya que manejan el tema con discreción.

La violencia no hace distinción de raza, creencias, condición social o ideologías y es posible encontrar indicios en todas las culturas humanas, se da como un malestar de la condición humana



y una falta de conciencia sobre el sentido de la vida; es una forma cultural muy extendida que matiza mucha de nuestras conductas cotidianas, estén o no en el ámbito consciente. Como manifestación cultural suma en su causalidad al poder que representan los medios de comunicación masiva como la televisión, la prensa, la radio, que su fin primordial es comunicar permanentemente las noticias sobre todos los hechos que ocurren en el mundo y generalmente se le da mayor trascendencia, e importancia a los hechos donde se manifiesta la violencia, mostrando esto como una situación natural y los violentos se convierten en un modelo a seguir. Otro aspecto fundamental a tener en cuenta dentro de los casos de violencia intrafamiliar es en buena parte las conductas agresivas se dan bajo el efecto del alcohol y sustancias psicoactivas, lo que agrava más los cuadros de violencia.

La violencia domestica, al igual que la política, tiene importantes características desde la dimensión conceptual de género. Una de ellas parte del hecho que la violencia es en gran parte de los casos ejercida por los hombres, lo cual se constituye en elemento de intersección entre las diferentes expresiones de violencia. Los hombres son los principales perpetradores de la violencia y en el campo de lo público, sus principales víctimas. Según un estudio del Banco Mundial (2002), la probabilidad de ser víctima de homicidio para los varones colombianos en edades entre 15 y 35 años, fue 15 veces superior a la de las mujeres de la misma cohorte. Aunque el número de víctimas disminuye con el incremento de la edad, las brechas de género persisten. Por su parte, la violencia ejercida por hombres contra sus parejas en relaciones heterosexuales sigue siendo un fenómeno amplio. En la última década varias encuestas a mujeres en algún tipo de unión conyugal han establecido que entre el 33 y 37% ha sufrido algún tipo de violencia verbal y entre un 19.3 y 39.5 han sufrido violencia física (Revista de Estudios Sociales No 17 Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia, universidad de los Andes Bogotá).

Las expresiones de violencia están relacionadas con ideas de lo que significa ser hombre o mujer en cada contexto específico, en nociones que confieren determinados derechos a unos y a otras para el ejercicio del poder y en las consecuencias violentas que dicho ejercicio implica. Los hombres como hombres, con identidades de género, se articulan en jerarquías de poder donde no todos son privilegiados o contra quienes se discrimina de la misma forma, en una diversidad de



elementos culturales, raciales, de clase, etc., que articulan las diferentes definiciones y usos de la violencia (Heam 1997; Greig 2002). Hombres y mujeres, niños y niñas, experimentan formas de violencia basadas en género. No obstante, este tipo de violencia es predominantemente ejercido por los hombres contra mujeres, niños y niñas, contra otros hombres y contra sí mismos; en el abuso infantil, la escuela, la guerra o el hogar. El carácter de género de los conflictos violentos en Colombia ha sido recientemente explorado en el campo de la violencia domestica (Rico de Alonso et al., 1999; Galvis, 2001; Zambrano, 2001; Rubiano et al., 2003), igualmente, con mayor intensidad, en el campo del conflicto armado (Rojas y Caro 2002; Mazo, 2001; Velásquez, 2001; Pino, 2002; Meertens, 1995/97/98 y 2000; Tuft, 2001; Grupo Mujer y Sociedad et al., 2001; Estrada et al., 2003).

Durante la década de 1980, crecientes organizaciones de mujeres iniciaron un amplio reconocimiento del fenómeno de la violencia intrafamiliar en Colombia, acompañadas por la importancia que el tema presentó en las agendas y conferencias de los organismos multilaterales de cooperación. Durante los años noventa y con la nueva constitución de 1991 y la ratificación de los convenios internacionales en la materia por parte del estado Colombiano, se inicio un conjunto de reformas normativas y del Estado, a fin de intervenir en la problemática, abriendo de manera clara la negociación de las concepciones de lo público y lo privado y creando campos de acción para la protección de los derechos humanos en lo domestico. No obstante, dado lo reciente de las normas y de la intervención pública, el debate sobre el alcance y características de dicha normatividad e intervención, apenas se abre (Revista de Estudios Sociales No 17 Género, violencia intrafamiliar e intervención pública en Colombia, universidad de los Andes Bogotá).

Con relación a la violencia intrafamiliar, hablamos de un núcleo como tal que puede comprender a la pareja, a los hijos y otros miembros de la familia. En estas poblaciones se ha evidenciado más el tipo de violencia conyugal, en la cual se pueden encontrar algunas dimensiones de tipo conductual, cognitiva, e interaccional. (Amaro, M. 2007)

En la **dimensión conductual** se encuentra que el hombre violento suele adoptar modalidades conductuales que pueden considerarse disociadas, ya que en los diversos escenarios en los que se encuentra con su pareja juegan un papel diferente, así pues, en el ámbito público se muestra como una persona equilibrada. En el ámbito privado, se comporta de forma amenazante,



empleando agresiones verbales y físicas. Es una conducta defensiva y posesiva hacia su pareja. De igual manera pasa en la mujer, quien en ocasiones presenta sentimientos ambivalentes hacia su pareja, pues puede denunciarlo, retirar la denuncia, mostrarse sumisa para evitar altercados y en otras ocasiones puede expresar todas sus emociones contenidas.

En la **dimensión cognitiva**, las ideas del hombre violento son rígidas y estructuradas, es decir, son cerradas con pocas posibilidades de ser revisadas. La percepción que se tiene de la mujer es de provocadora. Sin embargo, le resulta difícil observar de sí mismo, sus sensaciones y sentimientos, por lo cual tiende a confundir los sentimientos que presenta. La mujer maltratada se percibe como alguien que no tiene posibilidad de salir de esa situación, se evidencian algunas distorsiones cognitivas que se hace importante identificar y abordar en consulta.

La **dimensión interaccional**, permite comprender que la violencia en la pareja se da por ciclos y no de forma permanente, lo que quiere decir que hay periodos de calma y afecto hasta situaciones de violencia donde se puede poner en riesgo la vida.

Todo lo anterior nos permite identificar lo que afronta el agresor y la víctima, y a su vez, nos brinda las herramientas para poder realizar la adecuada intervención teniendo en cuenta todas las características antes mencionadas.

Para los casos de pareja donde no se evidencia agresiones físicas y que acuden a consulta por terapia, se puede considerar la terapia conyugal (Baucom et al., 1998; Chambless et al., 1998; Chabless y Ollendick, 2001), como un enfoque que orienta a la pareja a la adquisición de habilidades y al conocimiento de sus interacciones. En ella se enseña a comunicarse y a resolver los problemas equitativamente. También se enseña a planificar cambios en la relación de pareja que aumenten la probabilidad de tener interacciones positivas, que disminuyan las interacciones negativas.

Por años antropólogos, sociólogos y psicólogos han estado proveyendo descripciones de cómo se cría a los niños dentro de culturas alrededor del mundo, incluyendo las creencias y prácticas que rodean al embarazo, el nacimiento y trato a los niños pequeños.

Tenemos información acerca de de los que se les da de comer y cada cuánto. Sabemos cómo se socializa a los niños para pasar la cultura. Sabemos hacia dónde se dirigen los padres



cuando un niño está enfermo y qué hacer para restablecer la salud de su niño, sin embargo no usamos esa información cuando creamos programas para niños pequeños y sus familias.

A pesar de la información extremadamente rica que existe acerca de las prácticas de crianza tradicionales, los patrones y las creencias, solo relativamente recientes los que están involucrados en crear intervenciones pensando en usar esos datos como la base para el desarrollo de programas, los programas de niñez temprana se han basado principal o exclusivamente en lo que se piensa científicamente apropiado para los niños pequeños, sin tomar en cuenta los contextos tradicionales de crianza dentro de los cuales los programas se están desarrollando. Esto a menudo crea un desfase entre lo que los proveedores del programa piensan que debería ocurrir para los niños pequeños y lo que los padres están acostumbrados a hacer. Uno de los desafíos afrontados por los que desarrollan políticas y programas para apoyar a los niños pequeños y sus familias es cómo maximizar lo que se puede proveer al niño entretejiendo prácticas que la evidencia “científica” sugeriría que un niño necesita con las practicas y creencias tradicionales efectivas de crianza. (Myers, 1992; Evans, 1994).

Una de las situaciones que se ha percibo mayor malestar genera a la población Piedecuestana es sobre el manejo de sus hijos, las pautas de crianza y el establecimiento de normas en el hogar. Por esto, se plantea la técnica de entrenamiento de padres (Caballo, V.1995).

En esta técnica, se entrena a los padres a modificar la conducta de sus hijos en casa, para fomentar la conducta psicosocial y disminuir la conducta desviada (Kazdin, 1985).

Es importante enseñar a los padres lo que es un acuerdo, o contrato conductual, de tal forma que lo establezcan con su hijo por escrito para que evidencien la seriedad del mismo. Por otro lado, Psico-educar sobre programas de modificación conductual como lo es “Economía de fichas”, que permite identificar si se ha cumplido o no con las tareas o compromisos asignados. Se resalta en los padres la importancia de Reforzamiento positivo y negativo ante el cumplimiento o no de lo establecido en el programa.

Es fundamental antes de ofrecer la información a los padres realizar la evaluación de la conducta del niño en sí misma y por otro lado evaluar la conducta de los padres en el contexto de las interacciones con el niño que se va a tratar.



El tratamiento psicológico se lleva a cabo principalmente con los padres, en el cual el contenido de éstos programas incluye, instrucción en los principios del aprendizaje social que subyacen a las técnicas que emplean los padres, entrenamiento en la definición, vigilancia, y seguimiento de la conducta del niño, procedimientos de refuerzo positivo, sistemas de fichas, procedimientos de extinción y castigo y el entrenamiento en dar instrucciones claras. (Caballo, V. 1995).

Es importante Psico-educar a los padres, sobre las pautas que están empleando con sus hijos, tal vez estas fueron utilizadas por sus padres y generaciones anteriores, evaluarlas para ver qué tan acertadas y eficaces fueron en ese momento de la vida, además clarificarles que sus hijos se encuentran en otra época y que estas pautas pueden no ser qué tan funcionales y apropiadas, entonces habría que entrar a hacer una revisión minuciosa de las normas que se están aplicando hoy con los niños, niñas y adolescentes y las razones por las que no están siendo efectivas, a la hora exigir su cumplimiento y que de allí surjan nuevas pautas, que sean claras, coherentes y apropiadas al grupo familiar que se está Psico-educando.

Así mismo, se ofrece a los padres explicaciones suficientes sobre el procedimiento apropiado en pautas de crianza que se deben aplicar a los hijos de acuerdo a su edad, para que en la aplicación de estas normas en casa, y la aplicación del programa sea óptima. Se explica que es fundamental realizar la modificación conductual en el ambiente donde ellos se mueven constantemente, por esto, se Psico-educan a los padres para que ellos sean una mano del psicólogo, ya que tienen acceso al ambiente de sus hijos.

El desarrollo, educación y crianza de los hijos debe representar para los padres un reto constante, la formación emocional y mental que logren desarrollar en ellos, fundamentará las raíces que sostendrán sus vidas, les brindará seguridad, confianza, amor y libertad de expresión, fortalecerá su carácter y harán de ellos seres amorosos y creativos, capaces de desarrollar sus potencialidades.

Abordaré igualmente un tema muy importante que está contenido en las problemáticas que se atienden diariamente en la Comisaría de Familia que son las distorsiones cognitivas, pues son en su gran mayoría las consecuentes de afecciones a nivel psicológico. La Terapia cognitiva



propuesta por Juan José Ruíz Sánchez y Juan José Imbernón González (1996), mantienen que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de distorsiones cognitivas, las cuales derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos, a menudo aprendidos en la etapa infantil del desarrollo, que por lo general actúan a nivel inconsciente, sin que la persona se percate de su papel. Esos significados personales reciben el nombre de esquemas cognitivos o supuestos personales. Los supuestos personales son la forma en que la persona da un sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales permanecen inactivos o dormidos a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes (una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se activan o despiertan y actúan a través de situaciones concretas, produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez relacionan recíprocamente con determinadas estados emocionales y conductas. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas (pensamiento e imágenes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.ej., una conducta de escape o problema de relación de pareja). A esas cogniciones se les denomina con el nombre de Pensamientos Automáticos.

Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o auto diálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman versiones subjetivas de las cosas que nos ocurre, que suelen ser bastante erróneas, en el sentido de dar una falta imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se dice que están basados en “distorsiones cognitivas”. Estos pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar y analizar los problemas que tenemos en estados anímicos de mayor calma y sosiego, nuestros pensamientos racionales que intentan adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. Muy al contrario que los pensamientos automáticos se caracterizan por:

- a). Ser charlas internas referidas a temas muy concretos.
- b) Aparecen como mensajes recortados en forma de palabras claves



c) Son involuntarios ya que entran de manera automática en la mente, no son pensamientos reflexivos, ni producto del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema, al contrario son “reacciones espontáneas” ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos

d) Con frecuencia se expresan en forma de palabras como “debería de.... Tendría que.... Aparecen a menudo como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias intolerantes.

e). Tienen a dramatizar o “exagerar las cosas”. A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella.

f). Hacen que cada persona adopte una forma o cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida. Las cosas son según el prisma por donde se miran. Así, ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo “tener la razón”, sin atender a otros datos o valoraciones distintas.

g). Los pensamientos automáticos son difíciles de controlar: Al no ser pensamientos racionales, ni reflexivos, no se suelen comprobar con la realidad y la persona que lo tiene los suele creer fácilmente.

h). Son aprendidos: Son el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que han sido aprendidas en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos períodos aún no se ha desarrollado demasiado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana, “esperando” a ser disparados por situaciones con carga emocional.

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas distorsiones cognitivas en función de los errores que cometen.

Gran parte del pensamiento humano es innecesario, procede de falsas conclusiones que la gente hace de los acontecimientos cotidianos. Albert Ellis y Aaron Beck, en su libro publicado



en 1961, guía de la vida racional. Ellis argumenta que las emociones tienen poco que ver con los sucesos reales. Entre los sucesos y la emoción existe una auto charla real o irreal. De hecho la emoción procede de lo que la persona se dice a sí misma, es decir, de la interpretación del suceso y no del propio suceso. Ellis usa el modelo ABC para describir lo que sucede.

A- Hechos o sucesos

Un repartidor de periódicos lanza el periódico de un cliente sobre el césped mojado. El cliente sale corriendo y le dice gritando que sea más cuidadoso.

B- Auto charla del repartidor de periódico

Esta loco.... Puede denunciarme.... Me quitara mi ruta.... Odia a los jóvenes.

C- Emociones

Ansiedad y cólera.

La Terapia cognitiva pretende identificar y modificar las cogniciones desadaptativas, resaltar su impacto perjudicial sobre la conducta y las emociones y sustituirlas por otras más adecuadas. La Terapia cognitiva de Beck consiste básicamente en identificar pensamientos distorsionados que causan dificultad emocional, con el objeto de modificarlos. Según Beck (1995), presenta algunos tipos de distorsiones cognitivas:

1). Filtraje o abstracción selectiva: Esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel, solo se ve un aspecto de la situación con la exclusión del resto. Palabras claves: “es horrible”, “es insoportable”, “es perfecto”. Para contrarrestarlo conviene preguntarse ¿es esto realmente así?.

2). Pensamiento polarizado: Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema, sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, se olvidan los grados intermedios, se crea un mundo polarizado y las personas que lo padecen reaccionan a los eventos de un extremo emocional a otro, por ejemplo si no es perfecto o brillante, entonces solo podrá ser un fracasado o un imbécil. Para contrarrestarlo conviene preguntar ¿entre los dos extremos, hay grados intermedios?.



3). Sobregeneralización: Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular, sin base suficiente. Por ejemplo una persona que busca trabajo, no lo encuentra y concluye “nunca conseguiré un trabajo”. Palabras claves: Nunca, siempre, nadie, todos, ninguno. Para contrarrestarlo conviene preguntarse ¿Cuántas veces ha ocurrido eso realmente?, ¿Qué pruebas tengo para sacar esa conclusión?, ¿Hay algún caso contrario que demuestre que no siempre es así?.

4). Interpretación del pensamiento: Se refiere a la tendencia a interpretar, sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. Por ejemplo, una persona nota como la miran unos extraños y piensa: “sé que piensan mal de mí”, “sé que me está mintiendo y engañando”. Palabras claves: “eso es porque....”, “eso se debe a....”, “sé que eso es por... Para contrarrestarlo conviene preguntarse ¿Qué prueba tengo para suponer eso?, ¿Puedo hacer algo para comprobar si esa suposición es cierta?.

5). Visión catastrófica: Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Por ejemplo una persona con un dolor de cabeza empieza a pensar que quizá tenga un tumor cerebral. Los pensamientos catastróficos a menudo empiezan con palabras como “y si....” Para contrarrestarlo conviene dejar de anticipar, centrarse en el presente y valorar posibilidades Preguntarse: ¿Otras veces lo he pensado y qué ocurrió realmente?, ¿qué posibilidades hay de que eso ocurra?.

6). Personalización: La persona cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella y tiene la tendencia de compararse con los demás. Por ejemplo: En el trabajo una persona tenía la impresión de que cada vez que el encargado hablado de que había que mejorar la calidad de trabajo se referían exclusivamente a él. Esta persona pensaba “se que lo dicen por mí”. Palabras claves: “Lo dice por mí”, “hago esto mejor (o peor) que tal. Una forma de contrarrestarlo es aceptarse tal como es y preguntarse ¿realmente lo dice por mí?.

7). Falacia de control: La persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo, se ve impotente y si que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplo “si otras personas cambiaran de actitud yo me



sentiría mejor”, “yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean”. Palabras claves: “no puedo hacer nada por...”, solo me sentiré bien, si tal persona cambiara”. Para contrarrestarlo se requiere un pensamiento más equilibrado y preguntarse ¿qué pruebas tengo para creer que eso depende solo de mí? ¿es cierto que lo que me sucede es responsabilidad de...?.

8). Falacia de justicia: Consiste en valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona suspende un examen y sin evidencia piensa “es injusto que me hayan suspendido”, otra piensa sobre su pareja: “si de verdad que apreciara no me diría eso”. Palabras claves “no hay derecho a...”, “es injusto que...”, “si de verdad tal... entonces cual”. Para contrarrestarlo es necesario dejar de confundir lo que se desea con lo justo, se recomienda escuchar los deseos de los otros y preguntarse: ¿si las cosas no salen como quiero entonces son necesariamente injustas?.

9). Razonamiento emocional: Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si un apersona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, si se siente ansioso es que hay un peligro real, etc. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Las palabras claves: “si me siento así, es porque soy/ o ha ocurrido...”.

10). Falacia de cambio: Consiste en pensar que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades, son los otros quienes han de cambiar primero su conducta. Por ejemplo, un hombre piensa: “la relación de mi matrimonio solo mejorara si cambia mi mujer”. Palabras claves: “si tal cambiara tal cosa, entonces yo podrá tal cosa”, comprobar si usted puede hacer algo, haga algo el otro o no. Para contrarrestarlo conviene preguntarse ¿qué pruebas tengo para creer que el cambio solo depende de esa personal?, aunque eso no cambiase, ¿podría hacer yo algo?

11). Etiquetas globales: Cuando etiquetamos, globalizamos todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto produce una visión del mundo y de las personas estereotipadas e inflexibles. Por ejemplo: una persona piensa que todos los argentinos son pedantes. Un paciente piensa de manera idealizada que su terapeuta “es una persona estupenda”. Es el efecto de englobar bajo una etiqueta hechos distintos y particulares de modo inadecuado. Palabras claves: “soy un...”, “es un...”, “son unos...”. Para



contrarrestarlo se recomienda buscar casos que escapen a la etiqueta y preguntarse: ¿soy así siempre?, ¿hay otros aspectos de mí que escapen a esa etiqueta?. Hacer lo mismo cuando calificuemos a otra persona.

12). Culpabilidad: La persona sostiene que los demás son los responsables de sus problemas o tomo el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los problemas ajenos. Por ejemplo: una madre cada vez que sus hijos se alborotaban o lloraban, tendía a irritarse con ellos y consigo misma, echándose la culpa de no saber educarlos mejor. En este caso las palabras claves: “mi culpa”, “su culpa”, “culpa de”. Para contrarrestarlo conviene buscar los motivos o razones del problema sin que necesariamente haya encontrado culpables.

13). Los deberías: La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo debería actuar tanto ella como los demás. Las personas que no cumplen esas normas se enojan y se sienten culpables si las viola ella misma. Por ejemplo Un médico se irrita constantemente con los pacientes que no seguían sus prescripciones médicas y pensaba: “debería hacerme caso”, eso impedía que revisara sus actuaciones y explorara los factores que podían interferir en el seguimiento de sus indicaciones. Palabras claves “no debería de...”, “Tengo que...”, “no tengo que...” Para contrarrestarlo conviene flexibilizar la regla, probar su efecto y preguntarse ¿qué pruebas tengo para decir que eso debe ser así necesariamente?, ¿Cómo puedo comprobar si es tan grave si eso no ocurre como yo digo que debería ocurrir?.

14). Tener razón: Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importan los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan, la persona se pone normalmente a la defensiva. Palabras claves “yo tengo la razón”, “sé que estoy en lo cierto”, “él o ella está equivocado”. Para contrarrestarlo se recomienda dejar de centrarse solo en sí mismo, escuchar al otro y preguntarse ¿estoy escuchando realmente al otro?, ¿tiene esa persona derecho a su punto de vista?, ¿ puedo aprender algo de su punto de vista sin hacerme una idea prejuzgada de ella?.

15). Falacia de recompensa divina: La persona espera cobrar algún día todo el sacrificio, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el de



acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Las palabras claves: “el día de mañana tendré mi recompensa”, “las cosas mejoraran en el futuro”. Para contrarrestarlo conviene buscar las soluciones en el presente. Preguntarse ¿tengo pruebas para decir que no puedo hacer algo para cambiar esto?, ¿Qué podría ir haciendo ahora mismo?.

Claves para su corrección

FILTRAJE 1-16-31 ()

PENSAMIENTO POLARIZADO 2-17-32 ()

SOBREGENERALIZACION 3-18-33 ()

INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO 4-19-34 ()

VISION CATASTROFICA 5-20-35 ()

PERSONALIZACION 6-21-36 ()

FALACIA DE CONTROL 7-22-37 ()

FALACIA DE JUSTICIA 8-23-38 ()

RAZONAMIENTO EMOCIONAL 9-24-39 ()

FALACIA DE CAMBIO 10-25-40 ()

ETIQUETAS GLOBALES 11-26-41 ()

CULPABILIDAD 12-27-42 ()

LOS DEBERIA 13-28-43 ()

FALACIA DE RAZON 14-29-44 ()



FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA 15-30-45 ()

Desde los ámbitos religioso, antropológico y filosófico, la motivación por el estudio del Perdón se ha ido moviendo de manera progresiva hacia el área de la psicología y, dentro de esta, a la psicología clínica.

En la literatura científica es de gran amplitud el número de definiciones sobre el perdón. Makinen y Johnson (2006) señalan que “perdonar involucra reparar heridas emocionales, restaurar la confianza y reconstruir el vínculo”. En una visión similar, concebida desde la terapia familiar contextual, Hargrave y Sellls (1997) definen el perdón como “un esfuerzo por restaurar el amor y la confianza en las relaciones” (pp. 43).

Por su parte, Gordon y Baucom (1998, 2003) sostienen que el perdón implica “una compleja interacción entre quien perdona y quien es perdonado, involucrando el logro de una visión más balanceada de la relación, una disminución de los sentimientos negativos hacia el otro y un menor deseo de castigarlo”.

Desde otro punto de vista, Strelan y Covic (2006) conceptualizan el perdón en el marco de los mecanismos de afrontamiento del estrés, definiéndolo como “un proceso de neutralización de un estresor que es producto de la percepción de una herida interpersonal”.

Por último, McCullough, Worthington Jr. y Rachal (1997) conciben el perdón como “una transformación motivacional en dos componentes: la motivación a evitar a la persona que ha ofendido y la motivación a buscar venganza, señalando que el perdón implicaría una disminución de ambas motivaciones”.

A pesar de la diversidad de énfasis de estas definiciones, un primer punto de consenso alude a que la mayoría de los autores coincide en considerar que el perdón implica un descenso en la negatividad de los pensamientos, sentimientos y conductas hacia el ofensor (Fincham et al., 2006: Kachadourian, Fincham & Davila, 2004, Strelan & Covic, 2006). Es decir, involucraría una disminución en el resentimiento hacia quien ha provocado el dolor. Además de este punto en común, otro aspecto en el que existe acuerdo es sobre su diferenciación de otros conceptos con los que habitualmente se le confunde. Es decir, el perdón debe ser diferenciado de la negación,



que implica la falta de disposición para ver que ha ocurrido un daño, el olvido, que supone eliminar de la conciencia la ofensa, y la justificación, que involucra aceptar los motivos por los cuales el ofensor cometió su error (Fincham et al., 2006; Konstam, Chernoff & Deveney, 2001, Rye, Liacono, Folck, Olszewski, Heim % Madia, 2001).

Los instrumentos que más se utilizaron en la presente práctica fueron:

-Inventario de Pensamientos Automáticos: Ruiz y Lujan 1991, elaboraron una escala para identificar los principales tipos de pensamientos automáticos agrupados en sus 15 distorsiones correspondientes. Una puntuación de 2 0 más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que usted tiene cierta tendencia a “padecer” por determinada forma de interpretar hechos de su vida, aplicados en el pre y post tratamiento (VER ANEXO 4).

-El inventario de depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos más usados para la valoración de síntomas depresivos en adultos y adolescentes. La versión original se introdujo en 1961 por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh como una prueba autoadministrada; revisada en 1971 en el Centro de Terapia cognitiva de la Universidad de Pennsylvania resultando en la versión BDI-IA. La versión revidada y la original tienen alta correlación. Beck definió la depresión como “un estado anormal del organismo manifestado por los signos y los síntomas de ánimo subjetivo bajo, actitudes nihilistas y pesimistas, pérdida de la espontaneidad y signos vegetativos específicos.”. El instrumento se diseño para valorar este estado y fue derivado de observaciones clínicas y descripciones de síntomas frecuentes en pacientes psiquiátricos con depresión e infrecuentes en pacientes sin depresión. Aunque fue diseñado para población de pacientes y no para tamizaje, ha sido utilizado ampliamente para este propósito.

Las ventajas de esta versión son una alta consistencia interna, alta validez de contenido, especificidad en la diferenciación en pacientes deprimidos y sanos, y su popularidad internacional. Ha sido validado para población de habla hispana por Conde et al (1976) y por Bonicatto el al (1998) en España y Argentina respectivamente con resultados satisfactorios. También fue validado en poblaciones de universitarios, adultos y adolescentes psiquiátricos ambulatorios. Moran y Lambert (1983) compararon el contenido de esta versión con el DSM III y



encontraron que cumplía con 6 de 9 criterios. Esto llevó a una nueva revisión que resultó en el BDI-II. Cuatro ítems (pérdida de peso, dificultad para trabajar, cambio en la imagen corporal y preocupaciones somáticas) fueron eliminados y se incluyeron agitación, baja autoestima, dificultad para concentrarse y pérdida de la energía. Se cambiaron dos ítems para mostrar tanto aumento como disminución del apetito y sueño. Fue desarrollada para ajustarse a los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de depresión listados en el DSM-IV.

La forma actual es el BDI-II: Un instrumento autoadministrado de 21 ítems, que mide la severidad de la depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va de 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. Tiene una duración aproximada de 10 minutos y se requiere de escolaridad de 5 a 6 grado para entender aproximadamente las preguntas.

El cuestionario consta de 21 preguntas. El paciente debe leer cada uno de los enunciados cuidadosamente y elegir para cada uno la opción que mejor describe la forma como se ha venido sintiendo en las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Debe encerrar en un círculo el número del enunciado que escogió. Si encuentra más de un enunciado que lo indique, marque cada uno de ellos. El paciente debe leer todos los enunciados antes de elegir su respuesta.

Para la interpretación se suma el puntaje dado en cada ítem y se obtiene el total. El mayor puntaje en cada una de las 21 preguntas es de 3 y el más alto posible es 63. El puntaje menor para toda la prueba es de 0. Se suma solo un puntaje para cada ítem, el mayor si se marco más de uno (VER ANEXO 5).

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck: Puntuación Nivel de depresión*

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20Estados de depresión intermitentes.
- 21-30Depresión moderada.
- 31-40Depresión grave.
- + 40Depresión extrema.



* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

-El test de Autoestima de Rosenberg: El psicólogo especialista Barcelona añade un nuevo test de autoestima, el cual fue publicado “The Rosenberg Self-esteem scale; translation and validation in university students” en la prestigiosa revista The Spanish Journal of Psychology 2007; 10 (2):458-467.

La autoestima se puede considerar como la evaluación propia de nuestras capacidades, pensamientos, percepciones, juicios e imágenes de nosotros mismos, es decir, como una autoevaluación subjetiva de nuestra persona. Por ello la autoestima es uno de los indicadores más fiables de nuestro estado de ánimo, relacionándose de forma directa con la depresión. Todas aquellas personas con una baja autoestima multiplican sus probabilidades de padecer una depresión, ya que con frecuencia se envían mensajes de incapacidad o minusvalía, que van mermando la moral y el ánimo de la persona.

Este test de autoestima es una medida objetiva, pero no puede tomarse como una medida evaluativa o de diagnóstico clínico. Nos sirve de modo orientativo para evaluar cómo nos valoramos y si nos encontramos en un periodo de moral baja.

El test de autoestima de Rosenberg nos da una puntuación que va entre 10 y 40 puntos, siendo el 10 el valor mínimo y 40 el máximo. El autor del cuestionario estableció un punto de corte para los resultados aunque se suele considerar como una puntuación normal toda aquella que se encuentre entre 25 y 35, de lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a población normal, formada por estudiantes universitarios. Es de prever que en la población en general se encuentren casos de individuos con diversos niveles de autoestima, siendo muy minoritarios los casos extremos, ya sea por máxima o mínima autoestima.

A continuación se presentan los resultados descritos en la tercera publicación citada anteriormente, indicándose las medias obtenidas por los estudiantes de ambos sexos. Entre paréntesis aparece la desviación estándar.

	HOMBRES	MUJERES
PUNTUACIÓN	32,53 (+o- 3,92)	31,14 (+o-4,55)



La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consiste en compararla con la media obtenida en el experimento citado. Si el resultado obtenido es similar o superior a las medias presentadas, estaríamos frente a un caso de autoestima elevada, mientras que si por el contrario, el resultado es similar o inferior, nos encontraríamos frente a un caso de reducida autoestima. (VER ANEXO 6).

-La escala de Ansiedad de Beck: Se usa para medir la gravedad del nivel de ansiedad de un paciente. Está compuesta por una serie de 21 preguntas autoevaluativas de múltiples opciones, referidas a los sentimientos de ansiedad del paciente de la semana anterior. Las preguntas evalúan los diferentes síntomas de ansiedad como son el sudor, la aceleración del ritmo cardiaco, irritabilidad y falta de aliento. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta: Para nada, ligeramente, moderadamente y severamente. La exactitud del test depende exclusivamente de la honestidad del paciente para responder.

Para calcular el resultado final tenga en cuenta:

1. Realizar el test de la escala de ansiedad Beck a un paciente preferiblemente en un ambiente tranquilo para minimizar la influencia del exterior. Este examen se puede aplicar a personas entre 17 y 80 años de edad y se puede encontrar en inglés y español. Si el paciente no puede o no desea completar el examen por escrito lo puede hacer oralmente.
2. Revise los resultados de la autoevaluación de la escala de ansiedad Beck. Controla que cada pregunta tenga su respuesta correspondiente y el resultado sea claro.
3. Asigne 0 punto a cada respuesta “para nada”
Asigne 1 punto a cada respuesta “ligeramente”
Asigne 2 puntos a cada respuesta “moderadamente” y
Asigne 3 puntos a cada respuesta “severamente”
4. Suma todos los puntos para obtener el resultado total del test. La escala de puntos va de 0 a 63.
5. Evalúa el resultado total para determinar el nivel de ansiedad
De 0 a 7 puntos indica un nivel mínimo de ansiedad
De 8 a 15 puntos indica un nivel de ansiedad leve



De 16 a 25 puntos indica un nivel de ansiedad moderada

De 26 a 63 puntos indican un nivel de ansiedad severa

Las personas que presentan un nivel moderado de ansiedad por lo general presentan efectos colaterales físicos y pueden requerir ayuda profesional para evaluar el estado y reducir la ansiedad. Los pacientes con ansiedad severa requieren, con frecuencia asistencia profesional inmediata para reducir el estrés, evaluar su condición y encontrar soluciones rápidas para reducir el nivel de ansiedad y volver a su estado saludable. (VER ANEXO 7)



3. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

3.1. FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO

3.1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: NN

EDAD: 21 AÑOS

ESCOLARIDAD: BACHILLER

ESTADO CIVIL: SOLTERO

PROFESION: ADMINISTRADOR INTERNET

DIRECCION: PIEDECUESTA

TIPOLOGIA FAMILIAR: FAMILIA NUCLEAR

INICIO TRATAMIENTO: ENERO 18 DE 2013

FINALIZO TRATAMIENTO: JUNIO 7 DE 2013

SESIONES DE SEGUIMIENTO 2 (JULIO 5 Y AGOSTO 15)

INTERVENCIÓN CON LA ABUELA Y TÍA PATERNAS (2)

NÚMERO DE SESIONES: 18

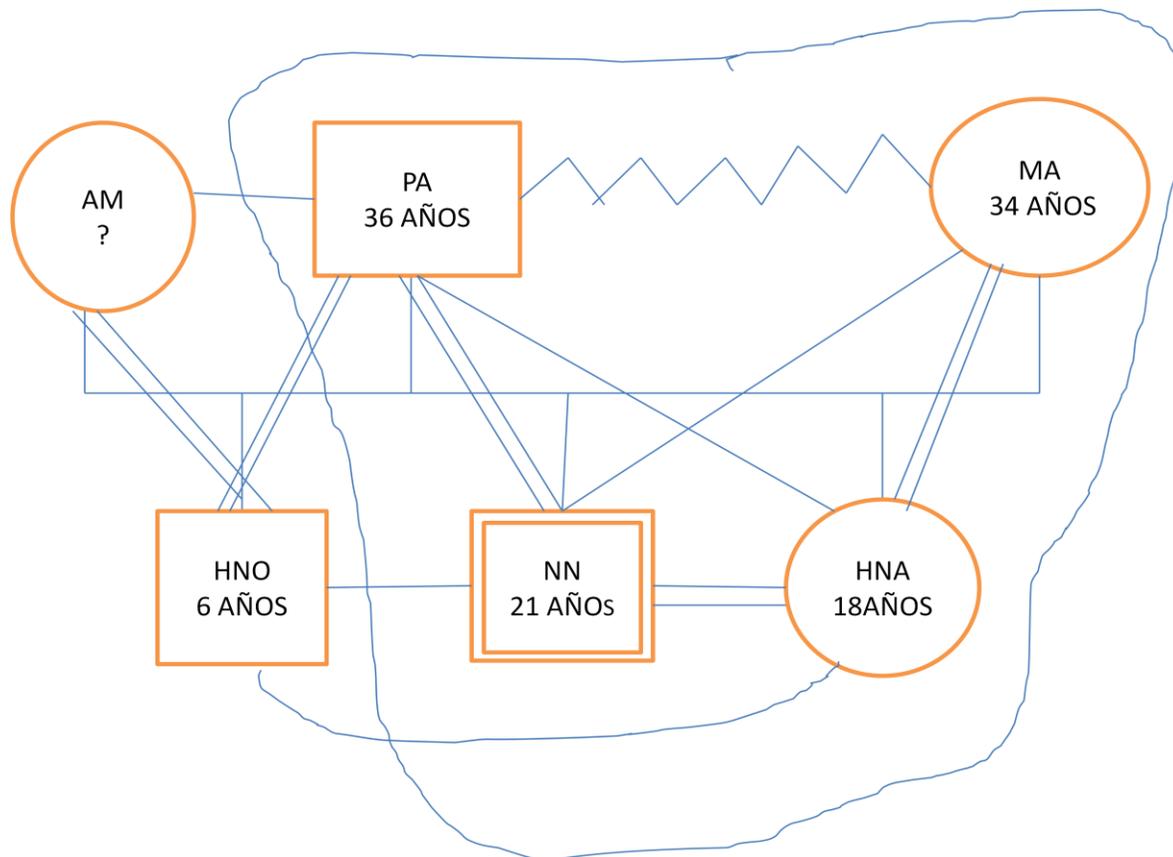
SITIO DE PRÁCTICA: COMISARIA DE FAMILIA PIEDECUESTA TURNO 1

CARRERA 6 No. 8-75, CENTRO COMERCIAL LA MOLIENDA, LOCAL 312

ESTUDIANTE: EDUVIGES PARRA ALMEIDA

ESPECIALIZACIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

3.1.2. GENOGRAMA



3.1.3. MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE:

“Vengo a esta oficina porque de alguna manera quiero hacer un poco más llevadera las situaciones que se me están presentando a nivel personal, familiar, social y sentimentalmente, me siento desorientado, desinteresado, sin motivación, como que no me interesan las cosas, de pronto un poco de desesperación y frustración ante los hechos que se me presentan y que no resuelvo bien”.



3.1.4. EXPECTATIVAS DEL CONSULTANTE

“Adquirir herramientas para sobrellevar las situaciones que se me presentan en el diario vivir, que me incomodan y me llevan a desorientarme, no quiero sentirme perdido como a veces me siento, cambiar mi estado de ánimo”.

3.1.5. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- NN, es un joven de 21 años de edad, bachiller, labora atendiendo un internet de propiedad de su padre, no recibe ingresos por esta labor.
- Acude a consulta en compañía de su abuela materna el 18 de enero del presente año, porque hacía 3 meses había intentado suicidarse con ingesta de Campeón (una papeleta), fue atendido en el Hospital Universitario de Santander de urgencias y remitido al Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga, hospitalizado allí durante una semana, después, dado de alta con diagnóstico de depresión severa, de origen exógena por ruptura de relación amorosa (versión del paciente).
- El paciente refiere estar tomando medicamento antidepresivo amitriptilina, una dosis diaria de 25mg al acostarse y seguimiento por psiquiatría una vez por mes.
- El paciente se define como persona solitaria, tímida, poco sociable, insegura, incapaz de expresar sus sentimientos a las personas, pierde con mucha facilidad la motivación y el interés por las cosas, no se encuentra actualmente estudiando, refiere no llevar una buena relación con sus padres.

3.1.6. SÍNTOMAS INICIALES

- Tristeza profunda
- Llanto frecuente (la mayor parte del día)
- Pérdida del Apetito
- Disminución del Sueño



- Falta de Energía y desinterés por las cosas
- Dificultad para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Sentimiento de minusvalía
- Intento suicida (1) No persistencia de este hecho.
- Abandono total de actividades de su interés (deporte, escuchar música, tocar guitarra).
- Onicofagia

3.1.7. EXAMEN MENTAL

3.1.7.1. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES PSÍQUICAS SUPERIORES: PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

- Paciente con presentación personal adecuada, barba mediana, cabello negro y un poco largo, expresión facial triste y tono de voz normal, marcha lenta y postura algo recta y rígida.
- El paciente viene a consulta por sus propios medios, en compañía de su abuela paterna, mantuvo una buena relación mostrándose interesado y colaborador aunque suministro en la primera entrevista poca información relacionada con su historia de vida.

3.1.7.2. ESTADO DE CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- El estado de conciencia es adecuado, tiene conciencia de quién es y de su estado afectivo actual.
- Orientado correctamente en tiempo y espacio, reconoce el lugar en el que se encuentra y la fecha exacta.



3.1.7.3. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

- Su atención es adecuada, por momentos se evidencia dificultad en concentrarse y responder a algunas preguntas.

3.1.7.4. LENGUAJE

- Su habla es fluida dentro de los parámetros normales, sin embargo, al tratar de describir hechos del pasado que requieren mayor concentración y esfuerzo para su memoria se mostraba tenso y rígido, interrumpía por segundos su discurso, manifestando no recordar algunos eventos traumáticos ocurridos.
- En cuanto al lenguaje: comprensivo, entiende correctamente las instrucciones que se le daban, así como las preguntas a lo largo de la evaluación.

3.1.7.5. ESTADO AFECTIVO

- Estado de Ánimo: Triste, decaído, llanto frecuente, cólera, e irritabilidad ante las cosas que no le salen bien.
- Congruencia Afectiva (Lo que verbaliza con lo que manifiesta)
- Ansiedad: Manifestaciones Psicológicas: Temor a hacer el ridículo, vergüenza, soledad y Manifestaciones Físicas: Sudoración, tic de tomarse con la mano derecha su barba de mentón y quijada durante la primera sesión, movimientos repetitivos de piernas, entrecruzándolas y onicofagia.

3.1.7.6. SOCIABILIDAD:

- Maneja adecuadas relaciones con las personas (trabajo), sin embargo con su familia es muy distante, no quiere compartir con ellos, no comparte con ellos, no se evidencia vínculo afectivo con sus padres, con su hermana y sus sobrinas si, el paciente reporta ser colaborador con las personas buscan su ayuda (trabajo).



3.1.7.7. ANTECEDENTES EN SALUD FÍSICA Y MENTAL

- ANTECEDENTES MÉDICOS: Ninguno.
- ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS: Ninguno.
- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

El paciente refiere antecedentes psiquiátricos Intento suicida, hospitalización en San Camilo, tratamiento con medicación.

3.1.8. DATOS IMPORTANTES DE SU HISTORIA DE VIDA

Durante las entrevistas de evaluación iniciales se logra extraer la siguiente información:

- NN proviene de una familia nuclear, con relaciones disfuncionales, es el primero de 2 hermanos, padres que al nacer el paciente eran adolescentes (15 y 13 años), con historia de violencia intrafamiliar, formado en el hogar de sus padres y la mayor parte del tiempo ha permanecido en el hogar de su abuela paterna, con quien tiene un fuerte vínculo afectivo.
- La relación con sus padres es distante, no hay una buena comunicación, ni momentos afectivos.
- La relación con su hermana y sobrinas es buena.
- El paciente presenta dificultad en la toma de decisiones, se encuentra desorientado en cuanto a elegir una carrera profesional, no sabe realmente que quiere estudiar, hizo hasta quinto semestre de una Tecnología Deportiva en las Unidades Tecnológicas de Santander y no quiso continuar estudiando eso, por cuanto según su información había sido una carrera impuesta por su padre y no por él mismo, quiere estudiar psicología, no con el fin de orientar a las personas, sino para entenderse a sí mismo, conocer sus propios conflictos y entrar a resolverlos, se muestra preocupado porque no ha definido su carrera



profesional, tampoco cuenta con el apoyo de sus padres, ni unos ingresos fijos que le permitan comprometerse con una carrera profesional.

- Su vida sentimental se encuentra afectada, hallándose en etapa de duelo por ruptura de su relación amorosa con R. con quien compartió por más de dos años y consideró como una relación buena.
- Las actividades que realiza de rutina diaria demuestran que es una persona solitaria, tímida, además de presentar dificultades para expresar sus sentimientos y emociones a las personas, especialmente a su familia, lo que lo lleva a sentirse mal consigo misma y a entrar en estados de irritabilidad.

3.1.9. PROBLEMAS QUE LE AFECTAN

- DIFICULTAD EN LA TOMA DE DECISIONES
- DIFICULTAD EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
- DEPRESIÓN Y ANSIEDAD– INTENTO SUICIDA
- DUELO NO RESUELTO POR PÉRDIDA EMOCIONAL
- PROYECTO DE VIDA CONFUSO.
- PROBLEMAS FAMILIARES
- BAJO NIVEL DE TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN
- BAJA AUTOESTIMA

3.1.10. PROBLEMAS CONDUCTUALES Y EMOCIONALES

- Cambios emocionales fuertes y frecuentes, pensamientos sobre pérdida de control, emociones de ira hacia sí mismo y hacia los otros, sensaciones de soledad y aislamiento, rechazo a realizar actividades sociales, baja tolerancia a la frustración, baja autoestima,



presenta problemas de comunicación con su núcleo familiar, prefiriendo no compartir, ni integrarse, presenta problemas en la toma de decisiones.

3.1.11. EVENTOS SIGNIFICATIVOS TRAUMÁTICOS

NIÑEZ:

- Fue víctima a los 6 años de castigo por parte de su progenitora, lo sacó a la calle completamente desnudo y le trancó la puerta. “sentí vergüenza, inseguridad, miedo”.
- Castigo físico y verbal de parte del progenitor, lo sacó del colegio porque se había perdido un dinero en la casa de la abuela paterna, después el dinero apareció en la casa porque otra persona lo había cambiado de puesto y no se disculparon ni le dieron explicaciones y las cosas quedaron como si nada hubiera pasado. “yo solo sentía vergüenza, miedo, e inseguridad porque no sabía porque me habían sacado del colegio, que estaba pasando y que iba a suceder en la casa”.
- Otro hecho fue que en una izada de bandera lo castigaron en público porque estaba llamando a un amiguito y la profesora creyó que se estaba burlando de ella y lo pasaron al frente de todos los compañeros, le hicieron llamado de atención en público, lo llevaron a rectoría y llamaron a mis papas. “sentí miedo, rabia, vergüenza y entendí que no valía la pena decir la verdad, porque yo no estaba haciendo nada malo.

ADOLESCENCIA

Riñas en el Colegio porque era visto por los compañeros como indefenso, débil y temeroso, un grupo de muchachos lo golpeaban y los profesores salían a protegerlo, hasta que tuvo que enfrentarlos y darse golpes a los que lo agredían hasta que se ganó el respeto de todos y terminó, siendo el que mandaba en el grupo de los rebeldes.

ADULTEZ:

Ruptura de la relación amorosa con R con quien duró dos años, recién terminado con ella se quedó fuera de la casa de ella por 3 días con sus noches, esperando a que ella le abriera la puerta



y ella nunca lo hizo, un mes después de haber terminado la vio con un amigo con el que se golpeo y luego llegó y se encerró en el cuarto, manifiesta ” Ese día me encerré en el cuarto y lloré mucho, me sentía frustrado, tenía miedo, mucha ira, me desespere, no me sentía bien conmigo mismo, no tenía amigos, no tenía novia, no quería seguir estudiando, me llevaba mal con mi familia y llegué al punto de tomar la decisión de suicidarme, salí a la droguería y compré una papeleta de campeón y me la tome. Por esta razón estuve interno en San Camilo que fue la peor experiencia de mi vida, yo por allá nunca vuelvo”

3.1.12. EVENTOS SIGNIFICATIVOS AGRADABLES

NIÑEZ

- Jugar con los amigos en la calle todas las noches.

ADOLESCENCIA

- Cachar clase, e irse con los amigos para un parque que había dentro del colegio y jugar con ellos.

ADULTEZ

- Estudiar con personas adultas en un colegio nocturno, allí no tenía que andar prevenido, ni cuidarse de nadie y todos eran personas serias y responsables, entre todos se apoyaban, se volvió tranquilo, calmado.
- Practicar el deporte PARKOUR (consiste en ir de un punto A a un punto B, superando los obstáculos en el camino, con las únicas posibilidades del cuerpo humano), llegando a representó a Santander en varios torneos importantes.
- Escuchar música y tocar guitarra.
- Mantener una única relación sexual con su única novia, manifestando nunca volver a tener relaciones sexuales con otra mujer que no fuera ella.



3.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- H1: El paciente presenta depresión por ruptura de relación amorosa
- H2: La ansiedad que presenta el paciente se manifiesta como respuesta de sus los conflictos familiares, sociales y emocionales.
- H3: La mala relación y la falta de comunicación del paciente con sus padres hacen que se mantenga baja su autoestima y que experimente sentimientos de soledad.

3.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

3.3.1. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

PRE-TRATAMIENTO: Puntuación 54 quedando en el nivel de DEPRESIÓN EXTREMA.

POST TRATAMIENTO: Puntuación 16, quedando en DEPRESIÓN LEVE.

3.3.2 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

PRE-TRATAMIENTO: Puntuación 26, poniéndolo en ANSIEDAD SEVERA.

POST TRATAMIENTO: Puntuación 5, poniéndolo en NIVEL MÍNIMO DE ANSIEDAD

3.3.3. INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (Ruíz y Lujan, 1991).

PRE TRATAMIENTO: Se identificaron pensamientos automáticos de: **Filtraje (puntuación 6)** Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida “Es insoportable”. **Sobregeneralización (puntuación 7)** “Siempre estaré así”. **Falacia de control (Puntuación 4)** “Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal. **Culpabilidad (Puntuación 4)** “Todo es mi culpa, o ella tiene la culpa”. **Los deberías (Puntuación 4)** “Deberían hacerme caso”. **Falacia de razón (Puntuación 6)** “Yo tengo la razón, ella está equivocada” y **Falacia de recompensa divina (Puntuación 7)** “las cosas mejoraran en el futuro”, “mañana tendré la recompensa”.



POST TRATAMIENTO: Se identificaron disminución en la puntuación de los Pensamientos automáticos de: **Filtraje (puntuación 1)** Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida “Es insoportable”. **Sobregeneralización (puntuación 0)** “Siempre estaré así”. **Falacia de control (Puntuación 2)** “Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal. **Culpabilidad (Puntuación 0)** “Todo es mi culpa, o ella tiene la culpa”. **Los deberías (Puntuación 2)** “Deberían hacerme caso”. **Falacia de razón (Puntuación 1)** “Yo tengo la razón, ella está equivocada” y **Falacia de recompensa divina (Puntuación 5)** “las cosas mejoraran en el futuro”, “mañana tendré la recompensa”.

3.3.4 ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

PRE-TRATAMIENTO: Puntuación 19, hallándose con AUTOESTIMA REDUCIDA.

POST TRATAMIENTO: Puntuación 35, hallándose con AUTOESTIMA ELEVADA.

AUTOREGISTOS (Para identificar pensamientos automáticos distorsionados relacionados con depresión, ansiedad y baja autoestima).

3.4. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

3.4.1. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE:

Cuando el paciente ingresa a consulta en su primera cita acude con su abuela paterna, quien anterior a la cita había solicitado ayuda profesional para su nieto, por cuanto había terminado la relación con su novia, se encontraba deprimido, había hecho un intento suicida, en el mes de noviembre del año anterior, sin cambios en su conducta, no estaba comiendo bien y no dormía bien, lloraba mucho, no quería hacer nada y permanecía todo el tiempo solo, no quería hablar con nadie. Las estrategias que el paciente implementó con relación a su problema fue inicialmente el intento de suicidio y posterior a ello el aislamiento, dejar de comer y dormir y llorar. Esta situación afectó notablemente al paciente y su grupo familiar, especialmente su abuela que es la persona que está en más contacto con el paciente tiene.



3.4.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE SUS CONTEXTOS DE FUNCIONAMIENTO

3.4.2.1. HISTORIA FAMILIAR

NN proviene de una familia nuclear, con relaciones disfuncionales, es el primero de 2 hermanos, padres que al nacer el paciente eran adolescentes (15 y 13 años), formado en el hogar de sus padres y la mayor parte del tiempo ha permanecido en el hogar de su abuela paterna, con quien tiene un fuerte vínculo afectivo. El paciente refiere no haber compartido muchos momentos con su familia, no le gustaban las reuniones familiares, en su casa siempre permanecía sólo, porque aunque estuviera su familia no le gustaba hablar con ellos y tenía como estrategia de afrontamiento permanecer enojado para que no lo molestaran, no le gustaba estar rodeado de mucha gente, buscaba espacios donde pudiera permanecer solo, sus padres nunca le dijeron nada por esto, fue víctima de violencia intrafamiliar por parte de sus padres, ellos peleaban constantemente y en dos oportunidades las agresiones fueron directamente a él y experimento por esto, sentimientos de tristeza, vergüenza, miedo, e inseguridad, los cuales se mantuvieron con el tiempo.

Cuando tuvo 18 años se enteró de que tenía un hermanastro por parte del padre generándose conflictos familiares, una de las últimas peleas con el padre fue porque se enteró que su hermana estaba embarazada de sus gemelas y se generó una discusión grande por este tema, sin embargo las cosas luego se calmaron, ahora las niñas nacieron y están en la casa todos felices con ellas, la relación con su hermana y sus sobrinas es buena.

Refiere el paciente que no quería estudiar la carrera de deportes que estaba haciendo en las Unidades Tecnológicas, pero el padre lo persuade para que complementara el deporte que practicaba PARKOUR (que consiste en ir de un punto A a un punto B, superando los obstáculos en el camino con las únicas posibilidades del cuerpo humano), pero en el 5 semestre le informa a su padre que no va a seguir estudiando porque esa carrera no le gusta, al principio el padre se molesta, pero después entiende y le pregunta que entonces que quería estudiar. Ahora no se encuentra estudiando, porque no se ha decidido.

Cuando terminó su relación afectiva, intentó suicidarme con ingesta de veneno y llevado de urgencia al Hospital Universitario de Santander y posteriormente al Hospital Psiquiátrico San



Camilo, donde duró hospitalizado una semana, fue dado de alta con medicación amitriptilina 1 dosis al día al acostarse, con controles psiquiátricos una vez por mes, después que salió de San Camilo refiere el paciente que su relación mejoró con su papá y que ahora se puede acercar más a él, le cuenta algunas cosas. Su abuela paterna es la única persona que considera cercana desde que fue un niño, la considera su amiga, su nona, su mamá, siempre ha mostrado interés por él y lo apoya en todo lo que necesita.

No está durmiendo bien (ha mejorado última semana, está tomando medicamentos para dormir antidepresivos, no come bien, no está haciendo deporte, llora con frecuencia, le causan asco las cosas.

3.4.2.2. HISTORIA ACADÉMICA:

Estudió en preescolar en el Centro de Protección infantil de Piedecuesta, era muy bueno en natación, se destacaba en competencias, rendimiento académico bueno, la primaria fue en la presentación de Piedecuesta, rendimiento académico bueno y el bachillerato lo hizo en varios colegios de Piedecuesta, el rendimiento académico bajó, por los problemas entre sus padres, se iba para el colegio y vivía pensando en los problemas de sus papás, temía que se separaran y tuviera que escoger entre el uno o el otro y no quería hacerlo, se destacó en música y deportes, especialmente en canto, tuvo amigos que no les gustaba el estudio y no entraban a clase, molestaban mucho en clase, discutían con los profesores, finalmente paso a un colegio nocturno y empezó a validar, allí el rendimiento académico mejoró, se interesaba más por las clases, los compañeros eran personas adultas y serias, el ambiente era muy agradable, en este colegio se graduó, allí recibió el título de bachiller, luego fue a las Unidades Tecnológicas de Santander, allí hizo hasta 5 semestre de tecnología deportiva (primer semestre del año 2012) , dejó de estudiar porque no se sentía bien con esa carrera, a pesar de que ya la estaba ejerciendo, como promotor de cátedra en un colegio privado en Bucaramanga.

3.4.2.3. RELACIONES INTERPERSONALES

Las relaciones interpersonales son buenas, con facilidad establece relación con las personas, tiene dificultad para confiar en las personas, duda más en lo que me dicen que en lo que



hacen las personas, cree más en los hechos, los gestos, la coherencia de lo que están diciendo con lo que están haciendo”, en términos generales se lleva bien con la gente.

3.4.2.4. RELACIONES AFECTIVAS

Solo ha tenido una novia y se terminó la relación, duraron dos años, tuvieron una relación sexual para él gratificante, para ella no porque según el paciente duró tres días que no quería saber nada de él, pero cuando se encontraron nuevamente ella le dio la explicación y le dijo que ella se había portado así era porque había sido víctima de abuso sexual cuando fue adolescente y había vuelto a revivir esta experiencia, jamás volvieron a tener otra nueva relación y refiere el paciente nunca más volver a tener otra relación sexual. La relación de noviazgo consideraba el paciente era buena, sin embargo terminó sin ninguna razón de peso, asume que tal vez fue la monotonía la que hizo que las cosas se acabaran, pero él vivía feliz solo estando con ella. Actualmente no tiene novia y manifiesta no querer establecer ningún tipo de relación afectiva por ahora.

Tiene un amigo que es casi un hermano, se parece mucho a él en su forma de ser, se entienden mucho, su familia lo conoce y lo quieren mucho, los dos se apoyan y lo considera un buen amigo, él vive solo y tiene problemas similares a los del paciente, por eso cree que se entienden bien”. Con sus padres no es que se lleven mal, solo que es el paciente el que no quiere compartir con ellos, porque poco quiere hablar, poco quiere realizar actividades en familia.

3.4.2.5. DESCRIPCIÓN GENERAL DE COMPETENCIAS EN LAS DIFERENTES

ÁREAS:

NN es un paciente que no reporta antecedentes de enfermedad física, ni mental, ni antecedentes de tipo biológico, lo que indica que los síntomas de depresión, ansiedad y el intento suicida, obedecieron más a factores del ambiente y situaciones de estrés, producto de la ruptura de la relación amorosa con R y la falta de una buena red de apoyo que le brindara seguridad y confianza al paciente en este momento importante de su vida. Las competencias y habilidades con que cuenta el paciente para disminuir los síntomas de depresión y de ansiedad, son las actividades que realizaba y le producían placer como retomar el deporte Parkour, la música, tocar guitarra y el trabajo que realiza. Es igualmente una persona estudiosa y le gusta estar



continuamente investigando temas de su interés, lo que facilitará la realización de tareas en casa y la profundización de los abordados en cada sesión.

Dentro de la historia general se puede extraer tres momentos importantes que incidieron en su personalidad y que fueron los eventos traumáticos sufridos, el primero fue el castigo psicológico que le impartió su progenitora a los 6 años al sacarlo completamente desnudo a la calle y cerrarle la puerta y dejarlo por un tiempo allí, el segundo fue el castigo físico y psicológico que le impartió su padre al sacarlo del colegio por la pérdida de un dinero en la casa de su abuela paterna, sin él haber cogido el dinero y después dinero aparece y el tercero fue el castigo psicológico que le impartió la profesora sacándolo de la fila y ridiculizarlo en presencia de los compañeros del colegio, en los tres eventos el paciente refirió haber sentido tristeza, vergüenza, miedo, e inseguridad, lo que llevó al paciente a utilizar como pautas de afrontamiento al problema aislarse de las personas, especialmente de su familia y no querer compartir con ellos, igualmente se refleja dificultades en la toma de decisiones y resolución de problemas, evidenciándose inseguridad que podría estar fundamentada en esos tres eventos traumáticos.

3.5. ANÁLISIS EXPLICATIVO

3.5.1. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA SEGÚN EL DSM IV

EJE I TRASTORNO ADAPTATIVO

F.43.22 MIXTO CON ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO
(309.28)

EJE II NO PRESENTA ALTERACIONES

EJE III NO PRESENTA ALTERACIONES

EJE IV PROBLEMAS RELATIVOS AL GRUPO PRIMARIO

Z63.8 PROBLEMAS PATERNO FILIALES (V61.20)

PERTURBACIÓN FAMILIAR POR SEPARACIÓN



EJE V 60, Síntomas moderados (p ej, afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales), o dificultades moderadas en la actividad social , laboral o escolar (p ej, pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).

El paciente presenta un trastorno de adaptación mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, producto de la ruptura de una relación amorosa, sumado a esto se evidencia dificultad en la comunicación y relación con sus padres, al igual que presenta dificultades para establecer relaciones adecuadas con los otros, convirtiéndose en factores mantenedores de las conductas problema. Dentro de los factores protectores de las conductas problema del paciente se evidencia el apoyo permanente de la abuela paterna y su tía, quienes le brindan apoyo económico, emocional y comprensión al paciente.

3.6. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Disminuir los síntomas de Depresión que presenta el paciente, a través de técnicas de reestructuración cognitiva, para la modificación de pensamientos automáticos que afectan su estado emocional, habilidades sociales, toma de decisiones y factores motivacionales.
- Disminuir los síntomas de ansiedad que presenta el paciente, identificando y modificando la base cognitiva del trastorno que hacen vulnerable al sujeto y facilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento para su manejo.
- Disminuir en el paciente el dolor que está experimentando frente a la pérdida emocional y llevarlo a que retome nuevamente su vida (temas a trabajar aumentar la realidad de la pérdida, mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir el aislamiento social, aumentar autoestima, disminuir estrés, conducirlo a retomar sus actividades de placer, a establecer nuevas relaciones, etc.).
- Trabajar con su red de apoyo, estrategias de acercamiento que permitan mejorar sus relaciones familiares, la comunicación y como resultado se fortalezca su autoestima.
- Trabajar con la red familiar supervisión del tratamiento psicológico y establecer precauciones para evitar nuevos intentos suicidas y recaídas de la depresión.



- Retomar y clarificar con el paciente proyecto de vida.

3.7. INTERVENCIÓN REALIZADA (VER ANEXO No. 12).

- Se han realizado técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad, la depresión y el control de la ira (técnica de relajación autógena).
- Se realizó programa de actividades agradables para romper el círculo de la depresión, se retomó deporte, música, guitarra y se sugirió ampliar el círculo de amigos. Técnica de Mindfulness Disfrute de lo placentero.
- Se trabajó la Técnica de Reestructuración cognitiva – identificación y modificación de Pensamientos Automáticos, este fue un tema que se trabajó en casi todas las sesiones, por lo tanto se llevaban autoregistros semanales para trabajar en casa.
- Se realizó ejercicio para fortalecer autoestima y se llevaron autoregistros (Técnica Reestructuración cognitiva).
- Para duelo se trabajó la técnica de la silla vacía que permitiera la exteriorización de pensamientos y sentimientos, se realizó un balance de pérdidas y ganancias sobre las experiencias vividas en su relación de noviazgo. Se realizó un ejercicio práctico para llevar al paciente a la aceptación del duelo, buscando pruebas de realidad que lo llevara a hacerle frente a la pérdida y llevándolo a entender que lo que paso no fue su culpa, se realizó terapia de perdón para reparar el daño ocasionado en la relación de noviazgo. Finalmente se trabajó un ejercicio práctico “funeral” que llevara al paciente a despedir a su exnovia y cerrar el proceso de duelo (Técnicas utilizadas Reestructuración cognitiva, Técnica de Mindfulness - Reducción de la Rumiación y la Preocupación, Anclaje en el Presente y Tolerancia al Malestar y la Técnica de Control somático - Regulación Emocional –Reparación emocional).
- Se realizó orientación a la abuela y tía paterna (personas +significativas para la supervisión del tratamiento y establecer precauciones evitando recaídas y nuevas ideas o intentos suicidas, seguimiento al tratamiento farmacológico y asistencia por psiquiatría en el evento de que se hiciera necesario. Cabe resaltar que el paciente abandonó tratamiento psiquiátrico y medicación (Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva).



3.8. RESULTADOS

3.8.1. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

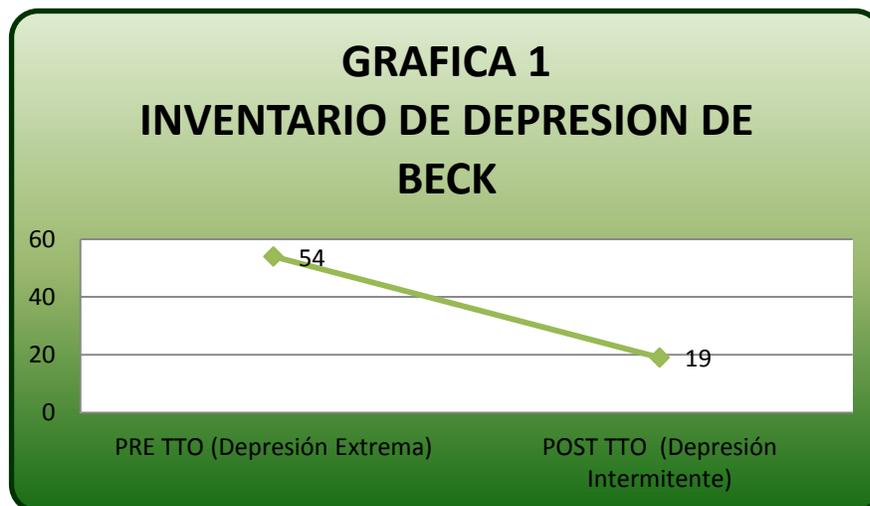
El proceso de intervención psicológica constó de 18 sesiones, una sesión semanal, de 1 hora cada una, algunas sesiones fueron de 2 horas de acuerdo al tema trabajado, las tres primeras sesiones se utilizaron para la evaluación, 13 sesiones fueron de tratamiento psicológico y las 2 últimas sesiones fueron de seguimiento, adicionalmente se realizaron 2 intervenciones con la abuela paterna y 1 con la tía paterna, quienes fueron las que apoyaron el proceso terapéutico. Los padres del paciente fueron citados a través del paciente, la abuela y la tía para realizar intervención psicológica con el grupo familiar y cumplir con uno de los objetivos terapéuticos pero no fue posible su vinculación al proceso.

El proceso de evaluación e intervención psicológica partió con la aplicación del inventario de depresión de Beck al paciente, obteniendo un nivel de depresión severa (Ver grafica 1). Allí se puede observar que en la aplicación del instrumento el paciente obtuvo una puntuación de 54 y en la aplicación del mismo instrumento en la fase final del tratamiento obtuvo una puntuación de 16 quedando en un nivel de depresión leve, lo que indica que aunque se haya disminuido los síntomas de depresión en 38 puntos, no se logró la remisión total de los síntomas, lo que lleva al terapeuta a realizar un seguimiento eficaz para evitar futuras recaídas.

Cabe señalar que en la primera evaluación, los síntomas que se manifestaron hacían referencia a que se sentía triste continuamente y no podía dejar de estarlo, sentía que el futuro era desesperanzador y las cosas no mejoraban, no obtenía una satisfacción auténtica de las cosas, estar insatisfecho o aburrido de todo, sentirse culpable constantemente, estar siendo castigado, estar decepcionado de sí mismo, autocriticarse por sus debilidades o errores, a veces piensa en suicidarse pero no lo cometería, llora continuamente, se siente irritado continuamente, estar menos interesado en los demás que antes, tomar decisiones le resulta mucho más difíciles que antes, no tener peor aspecto que antes, le cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo, no dormir tan bien como antes, tener mucho menos apetito que antes, no estar preocupado por su salud más de lo normal, haber perdido totalmente el interés por el sexo.

En la segunda evaluación realizada después de la intervención realizada los síntomas disminuyeron notablemente y manifestó: no sentirse triste, no sentirse especialmente desanimado respecto del futuro, no sentirse fracasado, las cosas le satisfacen tanto como antes, no sentirse especialmente culpable, no cree estar siendo castigado, no estar decepcionado de sí mismo, no considerarse peor que cualquier otro, no tiene ningún pensamiento de suicidio, no llorar más de lo que solía llorar, no estar más irritado de lo normal en él, haber perdido la mayor parte del interés por los demás, tomar decisiones más o menos como siempre lo he hecho, no cree tener peor aspecto que antes, trabaja igual que antes, duerme tan bien como antes, no se siente más cansado de lo normal, su apetito no ha disminuido, últimamente ha perdido poco peso, o no ha perdido nada, no estar preocupado por su salud más de lo normal, estar mucho menos interesado por el sexo; resaltando que se modifico su forma de pensar frente al sexo.

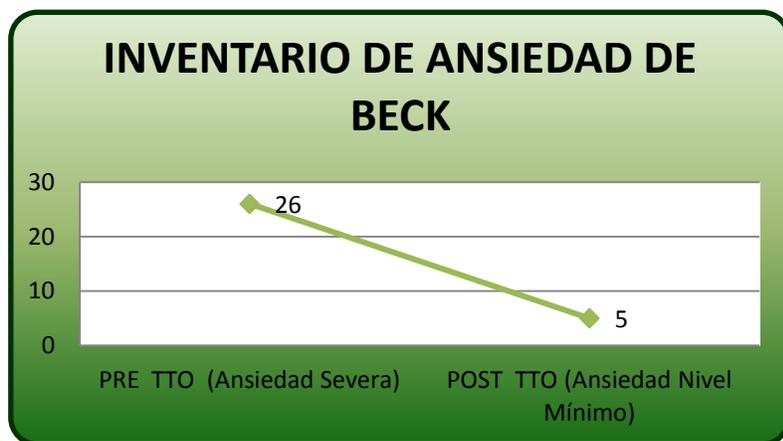
Se interpreta de los resultados anteriores que se logró en buena parte reestructurar cognitivamente sus pensamientos distorsionados, mejorando su estado emocional, excepto en los aspectos relacionados con el sexo, al manifestar en la primera evaluación que había perdido totalmente el interés por el sexo y en la segunda aplicación estar mucho menos interesado por el sexo, tampoco se logró variación en el pensamiento respecto del interés con los otros, en la primera aplicación manifestó estar menos interesado en los demás que antes y en la segunda respondió haber perdido la mayor parte del interés por los demás, lo que explica el nivel de depresión en que se encuentra.



El segundo instrumento que se utilizó en el proceso de evaluación fue el inventario de ansiedad de Beck se aplicó en la fase pre tratamiento, obteniendo un nivel de ansiedad severa (Ver grafica 2). Allí se puede observar que en la aplicación del instrumento el paciente obtuvo una puntuación de 26 y en la aplicación del mismo instrumento en la fase final del tratamiento obtuvo una puntuación de 5 quedando en un nivel de mínimo de ansiedad, lo que indica que aunque se haya disminuido notablemente los síntomas ansiedad en 21 puntos, compromete al terapeuta a continuar con el seguimiento evitar futuras recaídas.

Cabe señalar que en la primera evaluación, los síntomas de ansiedad que se manifestaron hacían referencia a hormigueo o entumecimiento, incapacidad para relajarse, miedo a que suceda lo peor, mareos, palpitaciones o taquicardia, sensación de inestabilidad o inseguridad física, temblor en las manos, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morir, sobresaltos, sudoración. En la segunda evaluación realizada después de la intervención se encontró que de ansiedad severa paso a leve disminuyendo los síntomas de miedo a que suceda lo peor mareos, temblor en las manos, miedo a perder el control, miedo a morir y sudoración, sin embargo aparecieron otros síntomas como: sensación de calor, sensación de inestabilidad o inseguridad física y problemas digestivos.

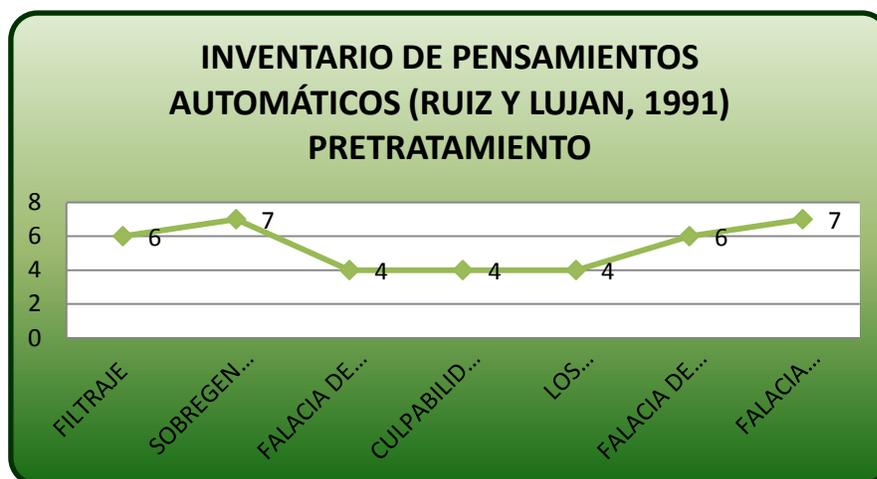
Se interpreta de los resultados anteriores que se logró en buena parte reestructurar cognitivamente sus pensamientos distorsionados que le permiten disminuir los síntomas de ansiedad, mejorando su estado emocional, sin embargo aparecieron nuevos síntomas que deben ser tenidos en cuenta durante el proceso de seguimiento.

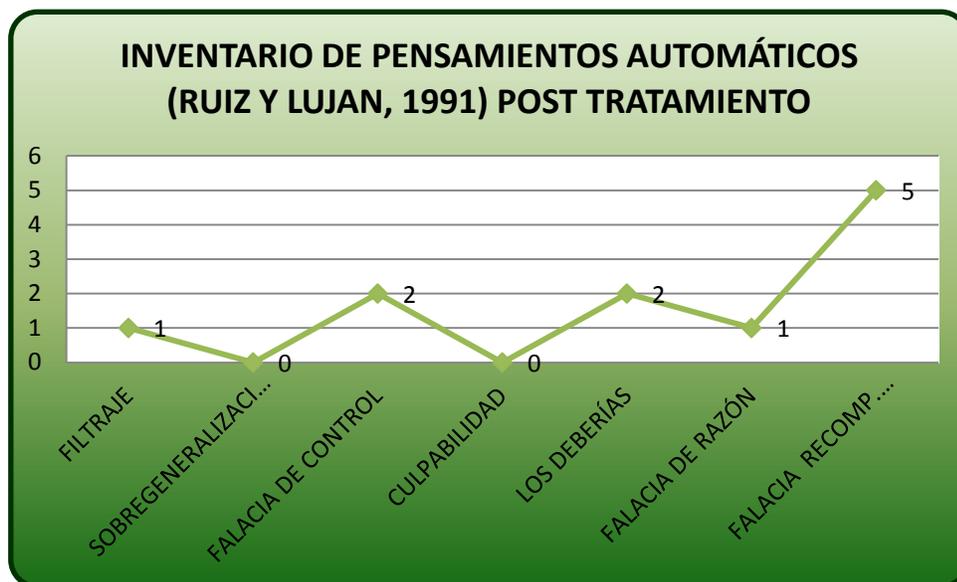


El Tercer instrumento que se utilizó en el proceso de evaluación fue el inventario de pensamientos automáticos de (Ruiz y Lujan, 1991). En fase de PRE TRATAMIENTO: Se identificaron pensamientos automáticos: Filtraje (puntuación 6), Sobregeneralización (puntuación 7). Falacia de control (Puntuación 4). Culpabilidad (Puntuación 4). Los deberías (Puntuación 4). Falacia de razón (Puntuación 6) y Falacia de recompensa divina (Puntuación 7).

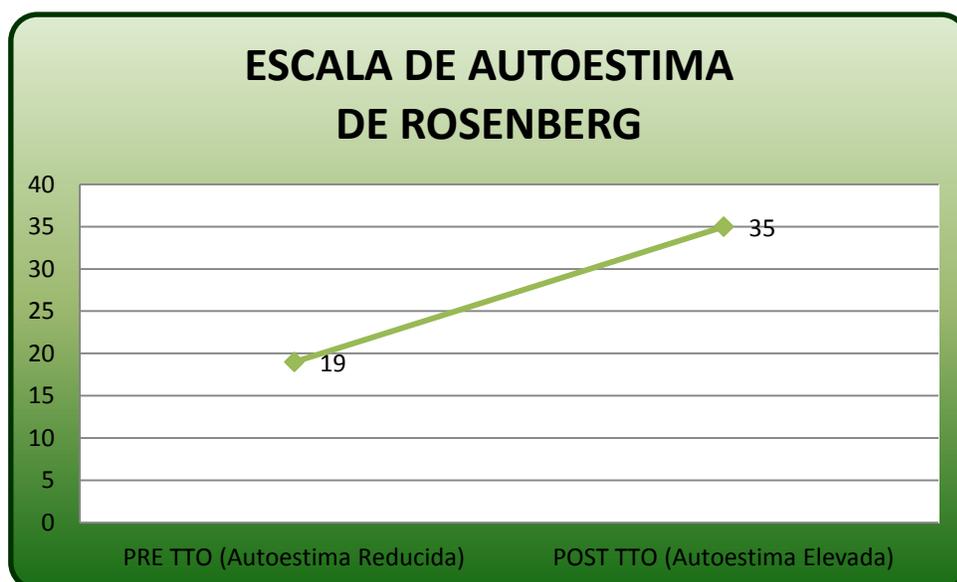
En la segunda evaluación, es decir en la fase de POST TRATAMIENTO: Se evidenció disminución en la puntuación de los Pensamientos automáticos de: Filtraje (puntuación 1) Sobregeneralización (puntuación 0). Falacia de control (Puntuación 2). Culpabilidad (Puntuación 0). Los deberías (Puntuación 2). Falacia de razón (Puntuación 1) y **Falacia de recompensa divina (Puntuación 5)**.

Cabe señalar que los pensamientos automáticos que se identificaron en las dos evaluaciones y que puntuaron superior a 2 indican que al paciente le está afectando de manera importante su forma de pensar e interpretar hechos de su vida. Sin embargo se evidencia cambios significativos en la segunda evaluación, por cuanto disminuyeron los puntajes de los pensamientos automáticos y algunos puntuaron en cero, lo que indica que el paciente logró detectar esos pensamientos distorsionados y modificarlos para mejorar su estado emocional y pensar de manera más racional. En el pensamiento de Falacia de recompensa divina en la segunda evaluación solo disminuyó en 2 puntos con relación a la primera evaluación, lo que indica que ese pensamiento distorsionado no logró modificarse en su totalidad y todavía considera que su situación mejorará mágicamente en el futuro y que mañana habrá una recompensa.





El cuarto instrumento utilizado en la evaluación fue la escala de autoestima de Rosenberg, obteniendo en la primera aplicación del instrumento una puntuación de 19, que refleja una autoestima reducida y en la aplicación del mismo instrumento en la fase final del tratamiento obtuvo una puntuación de 35, con una diferencia de 16 puntos a favor, lo que indica que su autoestima se elevó, logrando mejorar significativamente los pensamientos distorsionados que afectaban su autoestima.





ANEXOS

Anexo No. 1

TALLER: PREVENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL

1. Qué es el abuso sexual?
2. Cuántas clases de abuso sexual existen?
3. Cuáles son las manifestaciones físicas que presenta un niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual?
4. Cuáles son las manifestaciones psicológicas que presenta un niño o niña que ha sido víctima de abuso sexual?
5. Quién puede ser el abusador sexual?
6. Que estrategias usa el abusador para conquistar o intimidar a la víctima?
7. Qué edad tienen las víctimas de abuso sexual.
8. En qué lugares puede ocurrir el abuso sexual.
9. Qué personas pueden ayudar en la protección y prevención del abuso sexual?
10. Cuáles son las conductas de auto-cuidado que le debemos enseñar a los niños y niñas para prevenir el abuso sexual?.
11. Qué valores humanos debemos inculcar a los niños y niñas en nuestros hogares, e instituciones para que no oculten conductas de abuso sexual?.
- 12.Cuál es uno de los valores humanos más importantes para que los niños y niñas no oculten las conductas de abuso sexual?.
13. Con un ejemplo enséñele a sus compañeras como orientaría a un niño o niña en el auto-cuidado de su cuerpo para prevenir conductas de abuso sexual?
14. Formen grupos de 5 personas y dramaticen una situación de abuso sexual?
15. Cuáles son los factores de riesgo que permiten que se presente el abuso sexual?
16. Cuáles son los factores protectores que evitan que se presente el abuso sexual?
17. A dónde debemos acudir cuando detectamos un caso de abuso sexual?
18. Qué otras instituciones intervienen en la atención del abuso sexual en niños y niñas?
19. Qué debemos hacer cuando se presenta un caso de abuso sexual?
20. De qué manera podemos apoyar a la familia del niño o niña víctima de abuso sexual?
21. Redacte una copla sobre la prevención del abuso sexual?



22. Trasmite un mensaje para los presuntos abusadores que contribuya al reconocimiento de su problema de salud física y mental y que lo conduzca a buscar ayuda profesional?
23. Qué tipos de ayudas necesita el niño o niña para reponerse de una situación de abuso sexual o acto sexual abusivo?.
24. Qué se le debe enseñar al niño o niña que haga cuando detecte que está siendo víctima de abuso sexual?
25. Qué es sexo?
26. Qué es género?
27. Qué es sexualidad?
28. Qué es genitalidad?
29. Qué es orientación sexual?
30. Qué son prácticas de auto-cuidado en la sexualidad?

Anexo No. 2

FOTOS TALLERES











Anexo No. 3

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS (RUÍZ Y LUJAN, 1991)

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0= Nunca pienso eso 1= Algunas veces lo pienso 2= Bastante veces lo pienso 3= Con mucha frecuencia lo pienso.

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2.Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3.Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4.Sé que piensan mal de mi	0	1	2	3
5.¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6.Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7.Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8.¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9.Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10.Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11.Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12.Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13.Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14.Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15.Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16.Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17.Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18.Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19.Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21.Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22.Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3



23.Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24.Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25.Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26.Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27.Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28.No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29.No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30.Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31.Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32.Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33.Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34.Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35.¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36.La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37.Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38.No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39.Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40.Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41.Soy un neurótico	0	1	2	3
42.Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43.Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44.Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45.Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3



Anexo No. 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3).

1).

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada. 2
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas



4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede



9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.



14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.



He perdido completamente el apetito.

19).

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.



Anexo No. 5

TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este cuestionario tiene 10 afirmaciones que debes puntuar según la escala:

1. Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
2. Estoy en desacuerdo con la afirmación
3. Estoy de acuerdo con la afirmación
4. Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

1). En general estoy satisfecho conmigo mismo

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

2). A veces pienso que no soy bueno en nada

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

3). Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación.



4). **Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de personas**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

5). **Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

6). **A veces me siento realmente inútil**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

7). **Tengo la sensación que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

8). **Ojalá me respetara más a mí mismo**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación



9). **En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracaso**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación

10). **Tengo una actitud positiva hacia mí mismo**

- Estoy muy de desacuerdo con la afirmación
- Estoy en desacuerdo con la afirmación
- Estoy de acuerdo con la afirmación
- Estoy completamente de acuerdo con la afirmación



Anexo No. 6

INVENTARIO DE ANSIEDAD BECK

Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas, según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem).

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molestó mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

SINTOMAS		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor en las piernas				
4	Incapacidad para relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareos				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad o inseguridad física				
9	Terrores				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblor de manos				
13	Temblores generalizados o estremecimiento				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez				
20	Rubor facial				
21	Sudoración (no debida al calor)				



Anexo No. 8

AUTO REGISTROS PARA MANEJO DE LA DEPRESIÓN	
OBJETIVO: EVALUAR EN CADA SESIÓN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE, PARA CONSTATAR LA EFECTIVIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.	
INSTRUCCIONES: A CONTINUACIÓN ENCONTRARA UNAS AFIRMACIONES, EVALUE CADA UNA EN ESCALA DE 1 A 10, SIENDO 0 NO PADECE ESE SÍNTOMA, 1 MENOR INTENSIDAD Y 10 MAYOR INTENSIDAD.	
SÍNTOMAS	PUNTUACIÓN
Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.	
Sentimientos de desesperanza y pesimismo.	
Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.	
Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes disfrutaba.	
Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."	
Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones	
Dificultad para tomar decisiones	
Insomnio.	
Despertarse más temprano.	
Dormir más de la cuenta.	
Pérdida de peso, apetito o ambos,	
Comer más de la cuenta y aumento de peso.	
Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.	
Inquietud, irritabilidad.	
Síntomas físicos persistentes como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.	



Anexo No. 9

TALLER TERAPIA DE PERDÓN

Que es el perdón....

El perdón es....

PRIMER MOMENTO (IMAGEN DE LOS ASPECTOS NEGATIVOS):

En este ejercicio no se requiere hablar, toda la experiencia es para ustedes y solo si quieren compartirla al final lo puedo hacer, habrá un momento para esto.

Vamos a asumir una postura cómoda en los lugares donde nos encontramos, cerramos los ojos (durante todo el ejercicio, no se pueden abrir, porque se pierde la concentración), relajemos los músculos de la cara, ahora los del cuerpo, tratemos de mantener atención y concertación a todas las instrucciones que les voy dando.

Vamos a traer a nuestra mente un recuerdo, donde una persona nos haya causado daño, traigamos a nuestra mente el recuerdo más doloroso, remontémonos a la niñez, a la adolescencia, o ahora a la vida adulta, tan pronto tengamos la imagen lista de ese recuerdo que estamos trayendo a nuestra mente, identifiquemos quien es esa persona que nos causó daño?, pronunciamos su nombre en nuestra mente. Ahora imaginemos todas las experiencias negativas vividas al lado de esta persona, las cosas que me hizo y me lastimaron, recordemos esos momentos de dolor, de tristeza, de temor que tuve que experimentar... a esa imagen adicionémosle los defectos que él, o ella tiene como persona, todos esos comportamientos que me molestaban, o aún me molestan), todo lo que me disgusta de él o ella (repita para garantizar que el ejercicio se haya hecho bien).

Cuando tengan la imagen lista, por favor, levanten la mano para indicar que la imagen está lista. No es necesario hablar en este momento solo lo indican levantando la mano, e inmediatamente la bajan. Por favor no abrir los ojos hasta tanto no se les indique.



Van a responderse a sí mismos las siguientes preguntas?

- Cómo está esa persona?, cómo está la posición de su cuerpo, está de pie, sentado, recostado, cómo tiene sus piernas y sus brazos.
- Cómo esta su cara, que nos dice la expresión de su cara, cómo tiene sus ojos, su boca, su ceño.
- Qué está haciendo? No olvidemos que estamos recordando a la persona desde sus aspectos negativos.
- Con quién está? Si está acompañado, quién está con él, o ella, de qué están hablando, quiénes se encuentran ahí en ese lugar?.
- Cómo es el ambiente donde está esa persona?, qué hora aproximadamente es, es de día, tarde, noche...?, trate de percibir algún olor, sonidos, temperatura en el ambiente.
- Cómo está vestida esa persona, qué colores utilizó en la imagen que diseñamos.

Bueno ahora vamos a tener en cuenta tres aspectos importantes para recordar.

- Qué me dice la expresión de su cara?
- Cómo es el ambiente?
- Su vestuario de qué color es?

Vamos a hacer cinco respiraciones y extendemos los brazos, para empezar a salir de ese estado en el que se encuentran, ahora se preparan para abrir los ojos, voy a contar hasta tres para que los abran, cuando cuente tres ustedes pueden abrir los ojos, cuando vaya en dos pueden empezar a mover su cuerpo, uno, dos y tres....

SEGUNDO MOMENTO (DIBUJAR A LA PERSONA QUE IMAGINAMOS DESDE LOS ASPECTOS NEGATIVOS.

Les voy a entregar a cada persona una hoja, en ella van a dibujar a la persona que imaginaron, el dibujo debe ser de cuerpo completo y vamos a identificar las partes del cuerpo con las que esta persona me causó daño, por ejemplo si la persona era muy grosera de su boca saco una flecha y le coloco grosera y así sucesivamente, traten de ponerle todos los defectos que esta persona tiene,



identificando con ellos una parte de su cuerpo, hasta terminar de ubicarlos todos, recordemos que estamos trabajando los **aspectos negativos** que tiene esta persona, los comportamientos que me desagradan, el daño físico, verbal y psicológico que me causó y todos los sinsabores que tuve que vivir al lado de esta persona.

Cuando hayan terminado la actividad me indican... Vamos a hacerle a este dibujo todo lo que queramos, por ejemplo si con sus manos me causó daño, córtelas, ráyelas hasta que desaparezcan, quémelas, es libre de expresar su ira, elija como hacerlo, busquemos la parte del cuerpo con la que mayor daño nos causó y rayémosla hasta que nos cansemos, saquemos ese dolor que sentimos todavía y que no nos deja avanzar y continuemos con el resto del cuerpo, desquitémonos de todo el daño que nos causaron, o nos están causando, en fin en este momento tenemos la oportunidad de hacer todo cuando queramos con ese dibujo, la persona va a quedar intacta, solo con este ejercicio estamos exteriorizando el dolor que tenemos adentro, nuestro desacuerdo, nuestra voz de protesta por lo que nos han hecho.

Vamos a respirar profundo para continuar con el siguiente ejercicio.

TERCER MOMENTO (DIBUJAR A LA PERSONA QUE IMAGINAMOS DESDE LOS ASPECTOS POSITIVOS).

Ahora les voy a pasar una nueva hoja, en ella van a volver a dibujar a la misma persona de cuerpo completo también, pero la vamos a mirar desde sus **aspectos positivos**, porque como sabemos las personas tenemos defectos y también cualidades, en este momento vamos a dibujar a esta persona y le vamos a colocar todas sus aspectos positivos, lo bueno que esta persona es, o fue, los aspectos agradables, las cosas bonitas que hace o hacia, los momentos agradables que compartimos, rescatemos las cosas valiosas de esta persona, es posible que alguna persona diga que no tiene ninguna cualidad, pero intentemos descubrirlas si no lo habíamos hecho antes, descubramos a ese ser en su interior, vayamos a su esencia como ser humano, vayamos más allá de sus vacíos, de sus traumas, de sus miedos, de sus errores, de sus inseguridades, de sus egoísmos, miremos a esa persona como un ser que necesita de nuestra comprensión y de nuestra ayuda, tal vez esta persona proviene de una familia disfuncional, que tuvo muchas dificultades, que tuvo aprendizajes equivocados, quizá tuvo que vivir experiencias desagradables,elijamos ver a esa persona como un ser que se equivoca, pero que también tiene dignidad, merece respeto y



amor, esta persona con su forma de ser, e interactuar con los otros lo lleva al sufrimiento, porque tal vez quiere ser otra persona, pero por sus traumas se le dificulta ser lo que realmente quisiera ser, o actuar en forma diferente, o tal vez esta persona, ni siquiera ha reconocido que tiene problemas, en los que debe empezar a trabajar, rechazemos el mal que nos hicieron, sin rechazar a la persona que lo hizo, separemos la conducta de la persona.

Ahora vamos a tomar los dos dibujos, qué me dicen estos dibujos hagamos una interpretación de ellos (compartir).

En este momento vamos a hacer una elección, vamos a escoger uno de ellos, con cual nos queremos quedar, el dibujo que se escogió se guarda y con el otro vamos a hacer una fogata y nos vamos a deshacer de él, como signo de que iniciamos un proceso de sanación de esas heridas que estaban abiertas.

CUARTO MOMENTO (IMAGEN DE LOS ASPECTOS POSITIVOS):

En este ejercicio tampoco se requiere hablar, toda la experiencia es para ustedes y solo si quieren compartirla al final lo puedo hacer.

Vamos a asumir una postura cómoda en los lugares donde nos encontramos, cerramos los ojos (durante todo el ejercicio, no se pueden abrir, porque se pierde la concentración), relajemos los músculos de la cara, ahora los del cuerpo, tratemos de mantener atención y concertación a todas las instrucciones que les voy dando.

Vamos a traer a nuestra mente un nuevo recuerdo, un recuerdo agradable con la misma persona, vamos a imaginar a esa persona desde los **aspectos positivos**, momentos agradables vividos a su lado, rescatemos de él, o ella sus cualidades, sus valores, sus talentos, todo lo bueno que esta persona tiene (repita para garantizar que el ejercicio se haya hecho bien).

Cuando tengan la imagen lista, por favor, levanten la mano para indicar que la imagen está lista e inmediatamente la bajan. Por favor no abrir los ojos hasta tanto no se les indique,

Van a responderse a sí mismos las siguientes preguntas??:



- Cómo está esa persona?, cómo está la posición de su cuerpo, está de pie, sentado, recostado, cómo tiene sus piernas y sus brazos.
- Cómo está su cara, que nos dice la expresión de su cara, cómo tiene sus ojos, su boca, su ceño.
- Qué está haciendo? No olvidemos que estamos recordando a la persona desde sus aspectos positivos.
- Con quién está? Si está acompañado, quién está con él, o ella, de qué están hablando, quiénes se encuentran ahí en ese lugar?
- Cómo es el ambiente donde está esa persona?, qué hora aproximadamente es, es de día, tarde noche?, trate de percibir algún olor, sonido, temperatura en el ambiente.
- Cómo está vestida esa persona, qué colores utilizó en la imagen que diseñamos.

Bueno ahora vamos a tener en cuenta tres aspectos importantes para recordar.

- Qué me dice la expresión de su cara?
- Cómo es el ambiente?
- Su vestuario de qué color es?

Vamos a respirar profundo y extender los brazos, para empezar a salir del estado en el que se encuentran, ahora se preparan para abrir los ojos, voy a contar hasta tres para que los abran, cuando cuente tres ustedes pueden abrir los ojos, cuando vaya en dos pueden empezar a mover su cuerpo, uno, dos y tres

COMPARAMOS LOS MOMENTOS 1 Y 4

Revisamos los tres aspectos en la imagen de los aspectos negativos y positivos, comparemos esos dos recuerdos, esas imágenes.... opiniones de los participantes.

REFLEXIÓN SOBRE ESTA EXPERIENCIA

CIERRE DEL EJERCICIO



Luego vamos a formar parejas, nos vamos a hacer de a dos personas, vamos a suponer que el compañero que está a mi lado es la persona a la que estaba perdonando, le voy a expresar algo que quisiera decirle a la persona que perdoné y finalmente le voy a dar un abrazo bien fuerte

.....

CONCLUSIONES Y COMPROMISOS

GRACIAS



Anexo No. 10

EXAMEN CLÍNICO PSICOLÓGICO (EXAMEN MENTAL)

Cada vez que los pacientes entran a consulta se podría hacer un auto registro sobre todos los aspectos importantes que contiene un examen clínico psicológico (Examen mental), en el se podría evidenciar de primera mano los cambios que se generen en su porte, actitud, comportamiento, atención, conciencia, orientación, lenguaje, estado afectivo, actitudes y tendencias dominantes, memoria, memoria y funciones intelectuales, sociabilidad y comprensión de la enfermedad, a lo largo del proceso terapéutico. Una vez se realice el primer examen mental se revisan sus respuestas y en aquellas que veamos que el paciente presenta dificultades, le daremos mayor importancia en las siguientes sesiones y solo se realizaría el autoregistro sobre esas preguntas puntuales, para hacer más ágil el diligenciamiento del autoregistro.

Modelo de examen mental

Nombre:.....Edad.....

Fecha de Nacimiento:..... Grado de Instrucción:.....

Ocupación:..... Estado Civil:.....

Fecha de Aplicación:..... Lugar de Aplicación:.....

1. Aspectos Generales: Porte, Comportamiento y Actitud

1.1. Apariencia general

Debe señalar las características físicas, de la vestimenta, arreglo persona, higiene y estado de nutrición.

1.2. Comportamiento

¿Cómo es su expresión Facial?

Alerta Preocupación Tristeza Alegre

Gesticulaciones (Arruga la frente, abre mucho los ojos, parpadea constantemente, hace muecas, rechina los dientes, se muerde los labios, bostezo, etc.)

¿Cómo es su relación con el psicólogo?

Amable Dependiente Desconfiado Asequible

Comunicativo Sumiso Hostil Altanero

Agresivo Indiferente Colaborador Respetuosos



Temeroso Evasivo Irritable Insolente

Suspicaaz Sarcástico

1.3. Molestia principal

¿Qué le molesta más a usted?

¿Cómo le ha afectado a usted ese malestar?

2. Atención conciencia y orientación

2.1. Atención

Selectiva No es Selectiva Hipoatención

Hiperatención Dispersa Difusa

Confusa Distraibilidad

2.2. Estado de conciencia

La conciencia puede estar alterada en una de las dos direcciones:

Excitabilidad: Insomnio, agitación, manía y delirio

Depresión: Deseo de dormir, somnolencia, estupor y coma

Se halla desorientado en el tiempo, lugar y persona.

No responde a estímulos.

2.3. Orientación

2.3.1. Tiempo

¿Qué fecha estamos? ¿Qué día es hoy?

¿En qué mes estamos? ¿Año?

¿Qué hora es aproximadamente?

2.3.2. Lugar

¿Qué lugar es este? ¿Para qué sirve este lugar?

¿Dónde está ubicado? ¿En qué ciudad estamos?

2.3.3. Persona

¿Cuál es su nombre? ¿Qué hace en este lugar?

¿Quién soy yo? ¿Qué hago yo?



3. Lenguaje

3.1. Calidad

Claro Comprensible Entrecortado Confuso

3.2. Tono de voz

Elevado Bajo Moderado

3.3. Velocidad

Lento Rápido

3.4. Cantidad

Verbosidad Laconismo Mutismo

Escasa comunicación

3.5. Curso

Coherencia Bloqueo Perseverancia

Fluido Locuaz Monótono

4. Estado afectivo

4.1. Estado de Ánimo

Alegre Triste Decaído Irritable Lábil

Inafectivo Eufórico Estable

4.2. Congruencia Afectiva (En lo que verbaliza y manifiesta)

4.3. Ansiedad

Manifestaciones Psicológicas: Temores, etc.

Manifestaciones Físicas: Sudoración, palidez, etc.

4.4. Irritabilidad

¿Cómo lo tratan?

¿Qué le da cólera?

4.5. Depresión

¿Llora a menudo?

¿Considera que no vale la pena vivir? ¿Por qué?

¿Tiene pensamientos que lo atormenten?



5. Actitudes y tendencias dominantes

5.1. Tendencias Pesimistas

¿Cómo le va en las cosas desde que usted se siente mal?

¿Piensa que es responsable de ello?

5.2. Tendencia Paranoide

¿Cómo le trata la gente?

¿Le parece que los demás no lo quieren?

¿Qué tratan de hacerle?

¿Ha leído en los diarios algo que pueda referirse a su persona?

5.3. Tendencia Delusiva

¿Puede leer o adivinar el pensamiento de la gente?

¿La gente puede leer sus pensamientos?

¿Tiene usted poderes mágicos?

5.4. Tendencia Hipocondríaca

¿Piensa usted que siempre está enfermo?

¿Le preocupa mucho su salud?

5.5. Tendencia Obsesivo – compulsivo

¿Tiene necesidad de realizar algo una y otra vez?

¿Qué amuletos lleva para su defensa?

5.6. Tendencia Fóbica

¿A que teme usted?

5.7. Ideación Megalomaníaca

¿Qué proyectos tiene usted ahora?

¿Usted tiene grandes riquezas?

6. Memoria y funciones intelectuales

6.1. Memoria

6.1.1. Memoria Fotográfica

Se evalúa presentándole estímulos visuales, auditivos y táctiles; (serie de números sin sentido, objetos, figuras, etc.).



6.1.2. Memoria Conceptual

Se explora a partir de la comprensión de lecturas de párrafos, interpretación de refranes, etc.

6.1.3. Memoria a Corto plazo

Se evalúa presentando estímulos en serie, los cuales deben estar exentos de una secuencia lógica.

6.1.4. Memoria a Largo plazo

6.1.5. A través de la historia personal

6.2. Funciones intelectuales

6.2.1. Capacidad de cálculo

Multiplicaciones, sustracciones y divisiones, pruebas simples de razonamiento matemático.

6.2.2. Información general

Días de la semana, el alfabeto, principales ríos, oración (padre nuestro), cuatro últimos presidentes, etc.

6.2.3. Tener los antecedentes educativos y culturales

6.2.4. Formaciones intelectuales elevadas (comprensión, razonamiento, formación de conceptos).

7. Sociabilidad (Limitaciones con las personas que lo rodean)

Empático Carismático Manipulador

Introvertido Extrovertido Colaborador

8. Comprensión de la enfermedad

¿Cree usted que está enfermo o “nervioso”?

¿Cómo interpreta su situación?

¿Qué tratamiento necesita a su entender?

¿Percibe mejoría?



Anexo No. 11

EL CARRO DE MI VIDA

1. **LUGAR DE DONDE SALE MI CARRO?:** Mi carro sale desde el garaje de mi vida, en donde el motor de mi carro es las ganas de ser cada día mejor.
2. **CUAL ES SU PLACA?:** Su e mail o su fecha de nacimiento.
3. **CUAL ES LA IDENTIDAD DEL CARRO?:** Lo que más lo identifique como persona
4. **QUIEN CONDUCE TU CARRO?:** La persona que conduce su vida.
5. **QUE PERSONAS IMPORTANTES VIAJAN CONTIGO?:** Familia, amigos, etc.
6. **EN QUE PUESTO VAN UBICADAS?:** Orden de importancia.
7. **A QUE VELOCIDAD MARCHA TU CARRO?:** Qué tan rápido o despacio estas llevando la vida, que tanto la disfrutas.
8. **PARA DONDE SE DIRIGE TU CARRO?:** Metas, proyectos, sueños.
9. **QUE OBSTACULOS ENCUENTRAS EN LA CARRETERA?:** Dificultades, problemas, inconvenientes.
10. **QUE MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO NECESITA TU CARRO?:** A nivel Físico, mental, salud, deporte, cómo anda ese carro.
11. **COMO ESTA EL TRÁFICO Y COMO SE RELACIONA CON LOS OTROS AUTOS?:** Cómo me llevo con los demás, como veo el ambiente a nivel general para transitar.
12. **QUE SEÑALAN LOS SEMAFOROS QUE ENCUENTRAS EN LA CARRETERA?:**

ROJO (cuidado hay autos muy imprudentes)

AMARILLO (Prepárate para cualquier cambio de paradigma)



VERDE (Siempre hay que estar positivo, vivir en armonía, sonreír es la clave del éxito).

13. **QUE ACTITUD ASUMES FRENTE A ESAS SEÑALES?:** Pautas orientadas hacia las metas.
14. **QUE ELEMENTOS LLEVAR PARA ESTAR BIEN EQUIPADO EN LA CARRETERA DE LA VIDA?:** Recursos con los que cuenta para sacar adelante las metas, actitud, aptitudes.
15. **CUALES ELEMENTOS TE SOBРАН EN EL EQUIPAJE?** Qué vas a hacer con ellos? Qué cosas no necesitas, o no son importantes.
16. **QUE EVALUACION OBTIENES DE ACUERDO A TUS RESPUESTAS?**

Evalúa cada respuesta en una escala de 1 a 10, siendo 10 el mayor puntaje y uno el menor.



Anexo No. 12

(Intervención Psicológica y Actividades realizadas, sesión a sesión)

HISTORIA CLÍNICA (SESIONES 1, 2, 3)

(ENERO 18 y 25, FEBRERO 1)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NN

EDAD: 21 AÑOS

ESCOLARIDAD: BACHILLER

ESTADO CIVIL: SOLTERO

PROFESION: ADMINISTRADOR INTERNET

MOTIVO DE CONSULTA:

Es una pregunta bastante difícil, pues de pronto de alguna manera quiero hacer un poco más llevadera las situaciones que se me están presentando, me siento desorientado, desinteresado, sin motivación, como que no me interesan las cosas, de pronto un poco de desesperación y frustración ante los hechos que han venido pasando a nivel personal, familiar, con los amigos y con mi ex novia”.

OBJETIVO DE LA SESIÓN

Pues la idea principal es adquirir herramientas para sobrellevar las situaciones que se me presentan en el diario vivir, que me incomodan y me llevan a desorientarme, no quiero sentirme perdido como a veces me siento.

EXPLORACIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE

Que yo recuerde siempre fui una persona solitaria, yo recuerdo que he vivido aislado de mi familia como desde que tenía 6 o 7 años de vida, me gusta estar solo, no me gusta compartir con otras personas (porque no me ha gustado trabajar en equipo y porque me gusta tener un control de las cosas, si me equivoco soy yo y asumo la responsabilidad y si son los otros lo mismo), con mi familia casi nunca compartí, no participaba de actividades sociales con mi familia, prefería estar



en el cuarto, en el computador, o tocando guitarra, en fin realizando siempre actividades solitarias, soy muy distante y reservado, con dificultad demuestro mis emociones, no manifiesto lo que pienso, lo que siento, es más casi nunca le demuestro afecto a mis padres, nunca les cuento nada de lo que me pasa y no acepto el apoyo de mi familia. Desde los 6 o 7 años me he sentido solo (no recuerdo eventos traumáticos que expliquen por qué ocurre), todos sabían que yo era solitario y lo veían como un hecho normal.

HISTORIA FAMILIAR

El paciente refiere: “hay acontecimientos familiares que no recuerdo mucho, exactamente no recuerdo que edad tenía, pero vivíamos en una casa en el barrio Villa Lina, esa noche se fue la luz y decidimos en familia subir a la terraza a mirar las estrellas y fue un momento muy bonito, no tengo muchos recuerdos de mi familia porque nunca me nacía compartir con ellos, no me parecía llamativo lo que ellos hacían, no era de mi interés. Recuerdo cuando había cumpleaños y tenía que ir con ellos, yo buscaba la manera para no estar cerca de ellos, me paraba en una esquina y me ponía bravo para que nadie se me acercara. No me gustaba estar con mi familia, ni compartir con ellos porque no me gustaba estar rodeado de tanta gente y porque las actividades que ellos realizaban no eran de mi agrado, no me gustaban los paseos familiares, mis papas no decían nada, no me obligaban a salir.

Cuando yo estaba pequeño mi papa y mi mamá peleaban constantemente, recuerdo hechos de violencia intrafamiliar (maltrato físico, verbal y psicológico) de parte de mi papá hacia mi mamá, una vez recuerdo que cuando yo tenía 13 años me enfrente con mi papá porque estaba discutiendo con mi mamá, mi papá me golpeó muy fuerte, yo no hice nada por miedo a que me hiciera algo más. Yo recuerdo que cuando tenía como 17 años y estaba en la policía juvenil y llegue a mi casa y encontré un problema en mi casa, los vecinos estaban afuera, supuse que la pelea era fuerte y llamé a la policía y se llevaron a mi papá para el calabozo esa noche. Cuando tuve 18 años me enteré de que yo tenía un hermanastro por parte de mi papá, una de las últimas peleas que se generó con mi papá fue cuando mi papá se enteró que mi hermana estaba embarazada de sus gemelas (hace 7 meses), yo tome la noticia con naturalidad y me pareció algo normal, pero a mi papá si le molestó y empezó a ofender a mi hermana sacándole en cara que hubiera hecho las cosas así y le decía y le decía, entonces yo me enoje y discutí con él y le dije



que nosotros jamás le habíamos sacado a cara lo de mi hermanastro, que fue un niño que nació estando mi papá viviendo con mi mamá, yo le decía que no debía juzgar a mi hermana por sus errores, que él no había dado un ejemplo adecuado para que mi hermana siguiera, no estoy justificando lo que mi hermana hizo, también le dije que los problemas nos debían era mantener unidos como familia para salir adelante.

No recuerdo muy bien las fechas, si fue antes o después de la noticia del embarazo de mi hermana, pero cuando terminé con mi única novia (hace 2 meses aprox.), intente suicidarme (1 mes aprox.) y estuve en tratamiento psiquiátrico en San Camilo por lo que hice (hospitalizado durante una semana), todavía estoy recibiendo medicación (amitriptilina 1 diaria, con controles una vez por mes, después de que salí de San Camilo, mi papá cambió mucho conmigo y me he podido acercar más a él, ahora hablo más con él, le cuento algunas cosas. Mi nona es la única persona que yo considero cercana desde que fui un niño, la considero mi amiga, mi nona, mi mamá, siempre me pregunta cómo me siento, que necesito, en que me puede ayudar.

Yo no quería estudiar la carrera de deportes que fue escogida por mi papá, pero como anteriormente yo era deportista, practicaba **PARKOUR (que consiste en ir de un punto a A un punto B, superando los obstáculos en el camino con las únicas posibilidades del cuerpo humano)**, él creyó que era lo mejor para mi, pero luego le dije a mi papa que no quería estudiar esa carrera, al principio no le gustó, pero me dijo que entonces que iba a estudiar (en ese momento le dije que me gustaba la psicología, me indagó sobre el tema me hizo unas preguntas sobre psicología y todas se las respondí, quedó sorprendido, porque yo ya había investigado sobre la psicología). La verdad ahorita no estoy estudiando, porque no me he decido por alguna carrera, estoy dedicado solo a trabajar en el Internet de tiempo completo, este trabajo me gusta mucho, principalmente por las redes sociales, habló con muchos amigos a través de Internet, porque puedo escuchar música de todos los géneros, porque puedo ver películas, por los juegos, siempre que llegan las personas detengo lo que estoy haciendo y las atendiendo de la mejor manera, he ampliado mi círculo de amigos así, con las personas que empatiza les colaboró más, el ambiente es agradable. No tengo dificultades para interactuar con las personas, cuando quiero hablar con alguien así sea desconocido voy hasta allá me presento y empiezo a entablar conversación. Con mi familia no es que no tenga habilidades sociales, sino que no quiero hablar con ellos, porque considero que ellos se lo que necesito saber, no me da curiosidad saber nuevas cosas, en cambio



con las demás personas principalmente mujeres me falta saber cosas de ellas y es donde surgen mis inquietudes y las resuelvo entablando conversación con ellas. Con los hombres no me genera tanta necesidad de hablar porque su discurso es monótono, siempre el mismo, con las mujeres es todo lo contrario y esto es lo que me agrada

Después de que la mamá de mi ex novia falleció (más de un año) ella buscó en mi todos los roles, de amigo, de papa, de novio y yo no podía cumplir con esos roles que ella me ponía, porque considero la muerte de otra forma a la que ella tenía, considero la muerte como un hecho que tiene que suceder en algún momento, un hecho natural, en cambio para ella fue grave la muerte de su mamá. Luego yo conocí una amiga (6 o 7 meses) y compartía mucho con ella; la gente se inventa cosas, en el tiempo en que no estábamos juntos decían que mi exnovia tenía otra persona, yo los busqué y ella decía que no era verdad, entonces yo me creaba una historia diferente, cuando terminé con mi exnovia (6 meses) me la pasaba en la casa de ella, en una oportunidad estuve tres días fuera de la casa de ella, hasta dormía en la calle (fuera de la casa), sabiendo que ella no me iba a abrir la puerta, la relación se tornó enferma (mi familia no sabía que yo me estaba quedando en la calle, pensaban que yo estaba donde algún amigo, pero no que me estaba quedando en la calle, frente a la casa de mi exnovia, a la intemperie, a los peligros de la calle, sin comer.

Después la busqué a ella para arreglar las cosas, ese día me dio por salir y la vi a ella con un amigo de ella, hubo una pelea con el amigo de ella y yo, discutí con ella y ella quería venirse conmigo, yo le dije que me dejara solo y me fui para mi casa. Ese día me encerré en el cuarto y lloré mucho, me sentía frustrado y me desesperé, no me sentía bien conmigo, no tenía amigos, no tenía novia, no quería seguir estudiando y llegué al punto de tomar la decisión de suicidarme. Compré un veneno campeón y me lo tomé, mi familia después me llevó al Hospital Universitario y ellos me remitieron a San Camilo, yo quería salir de allá, en ese sitio no se puede hacer absolutamente nada, yo no estaba loco, solo cometí un error por mi desesperación. Cuando salí me sentía bien, me sentía tranquilo y desahogado, fui al parque me tomé un tinto y me sentía agradable, bonito, en cierta manera me sentía liviano.

La verdad en este momento no se decir si fue un hecho afortunado, o desafortunado, haber estado sexualmente con mi exnovia, porque no soy de los que busca otras personas, no me gusta



la idea de estar sexualmente con otra mujer, porque soy muy asquiento, no me gusta compartir mis cosas, por ejemplo no me gusta tomar del vaso con otra persona, yo en mi casa tengo un vaso para mí solo.

He tenido la intención de buscar nuevamente a mi exnovia, pero yo sé que no es bueno y podría ser catastrófico, porque me considero una persona inteligente y no concibo que haya intentado suicidarme por los acontecimientos sucedidos con mi exnovia y las cosas ahora han cambiado (sentimientos de ella y mis pensamientos) y mi estado emocional no me ayudaría mucho para llegar a otra frustración. De un tiempo para acá ella pasa constantemente por el local con un tipo que al parecer es el novio y no me parece adecuado que ella haga eso (no es casualidad que ella pase por ahí porque ella vive en otro lado que es lejos de mi trabajo, ni tiene amigos o conocidos como justificar su presencia por esos lados).

No estoy durmiendo bien (estoy tomando medicamentos para dormir antidepresivos, no como bien, no estoy haciendo deporte, lloro con frecuencia, me causan asco las cosas.

HISTORIA ACADÉMICA:

Estudie preescolar en el Centro de Protección infantil de Piedecuesta, era muy bueno en natación, me destacaba en competencias, era muy apegado a una profesora, rendimiento académico bueno, no recuerdo amigos de esa época, la primaria fue en la presentación de Piedecuesta, rendimiento académico bueno, solo recuerdo que un día me caí, me levanté y seguí caminando, solo me vio una amiga y el bachillerato lo hice en varios colegios de Piedecuesta, primero empecé en la normal y el rendimiento académico era bajó, por los problemas entre mis padres, yo me iba para el colegio y vivía pensando en los problemas de mis papá, temía que se separaran y yo tuviera que escoger entre el uno, o el otro y no quería hacerlo, en la normal me destaque en música, especialmente en canto, de ahí pase al Balbino, allá el rendimiento académico empeoró, porque tuve amigos que no les gustaba el estudio y no entrábamos a clase, molestábamos mucho en clase, discutía con los profesores, tuve un profesor que siempre estuvo pendiente de mí, me apoyaba, se interesaba por mis cosas, discutía con la profesora de Español porque no teníamos empatía, un día nos puso a inventar un cuento y escribí un cuento bastante interesante y recuerdo que la profesora me dijo que el cuento no lo había inventado yo, que era de otra persona, o de otro lado y no me lo calificó, a pesar de la mala relación con la profesora



siempre me quise destacar en su clase y ser uno de los mejores para demostrarle a ella que si era bueno redactando, escribiendo, en ese colegio me destaque en deportes, de ahí pase al CEDECO sección nocturna y empecé a validar, realmente allí tuve buen rendimiento académico, me interesaba más por las clases, los compañeros eran personas adultas y serias, el ambiente era muy agradable, en este colegio me gradué, me despertó el interés las clases de física, química y filosofía, allí recibí el título de bachiller en el año (no recuerda???), luego fui a las Unidades Tecnológicas de Santander, allí hice hasta 5 semestres de tecnología deportiva, en el primer semestre del año 2012 deje de estudiar, porque no me sentía bien con esa carrera, a pesar de que ya la estaba ejerciendo, como promotor de cátedra en un colegio privado en Bucaramanga.

RELACIONES INTERPERSONALES

El Paciente refiere: “Las relaciones interpersonales son buenas, con facilidad establezco relación con las personas, tengo dificultad para confiar en las personas, dudo más en lo que me dicen que en lo que hacen, creo más en los hechos, los gestos, la coherencia de lo que están diciendo con lo que están haciendo”, en términos generales me llevo bien con la gente”.

RELACIONES AFECTIVAS

El paciente refiere: “Yo solo he tenido una novia y terminé con ella, duramos casi un mes sin vernos ni hablar, cero contacto con ella, lo que recuerdo es que ella me buscó, quería que habláramos, intentamos hablar y salimos y no pasó nada, al día siguiente en horas de la tarde, me dio por llamarla y ella me dijo que nos encontraríamos, yo salí como a las 3 de la tarde en el parque principal, estaba un poco aburrido y me fui a comprar un libro a una librería que hay cerca del colegio CEDECO en Piedecuesta, allí no encontré nada bueno para leer, luego me fui para la biblioteca y pase por un sitio de video juegos y me di cuenta que allí estaba ella, yo me salí de ese lugar y a la hora que habíamos establecido para encontrarnos nos encontramos en el lugar acordado hablamos y tampoco paso nada entre nosotros, es decir volver a ser novios, besos caricias nada, solo hablamos. Una noche hubo una discusión muy fuerte entre los dos, ella me saco en cara muchos errores de la relación, a ella le molestaba porque yo nunca hacia reclamos por las fallas que ella cometía en la relación, yo no le reprochaba nada porque sentía que ella era responsable de ella y de las cosas que hiciera buenas o malas por la relación, en cambio ella



siempre me juzgaba y reprochaba por las cosas con las que ella no estaba de acuerdo, a veces ni siquiera era que estuvieran mal, era dura cuando me reclamaba.

Tengo un amigo que es casi hermano, se parece mucho a mi en su forma de ser, nos entendemos mucho, mi familia lo conoce y lo quieren, él se preocupa mucho por mí y es un buen amigo, él vive solo y tiene problemas similares a los míos, por eso creo que nos entendemos bien”. Con mis padres no me llevo mal, solo que soy yo el que no quiere compartir con ellos, porque poco quiero hablar, poco quiero realizar actividades con mi familia.

ANTECEDENTES MÉDICOS:

El paciente no reporta antecedentes médicos.

ATECEDENTES PSICOLÓGICOS

El paciente no reporta antecedentes médicos.

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS

El paciente refiere antecedentes psiquiátricos Intento suicida, hospitalización en San Camilo, tratamiento con medicación.

PROBLEMÁTICAS QUE LE AFECTAN

DIFICULTAD EN LA TOMA DE DECISIONES

DIFICULTAD EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

INTENTO SUICIDA

DUELO NO RESUELTO POR PÉRDIDA EMOCIONAL

PROYECTO DE VIDA CONFUSO.

PROBLEMAS FAMILIARES



CICLO VITAL:

NIÑEZ:

El paciente refiere “ Mi niñez la recuerdo como algo normal, amigos, deportes, salía a la calle a jugar con mis amigos, a veces me regañaban mucho por salir a la calle, en esa edad recuerdo el castigo de mi mamá de sacarme a la calle empeloto, sentí vergüenza, inseguridad, miedo, el castigo fue como de 3 minutos expuesto en la calle, yo golpeaba la puerta para que me dejaran entrar y no me dejaba mi mamá entrar, porque eso era parte del castigo, otro día recuerdo que estaba en el colegio y mi papá llegó a sacarme dentro de la jornada y me llevó rápido a la casa, mi papá estaba furioso, no sabía por qué, solo sentía miedo, inseguridad, porque no sabía que iba a pasar conmigo, porque mi papá estaba furioso, llegamos a donde mi abuela y la primera pregunta que me hicieron fue que si yo había tomado el dinero de mi tía, me preguntaron nuevamente y me decía que le dijera la verdad, yo decía que no lo había cogido, me pegó mi papá porque no afirmaba que yo había sido el que había cogido la plata, yo insistía que no había sido yo, cuando de pronto llegó mi tía a la que se le había perdido la plata y dijo que ya la había encontrado, que su hijo la había cambiado de puesto, pero ya me habían pegado, ya me había regañado, mi papá no me pidió disculpas, no me dijo nada y todo paso como si nada, a partir de este hecho empecé a cambiar mi actitud con mi familia, ya no quería estar con ellos, ya no quería compartir, otro hecho que recuerdo en ese mismo colegio en una izada de bandera estábamos en formación, yo vi un amigo que estaba lejos de mí, yo empecé a llamarlo con disimulo y en ese momento pasaba una profesora y me escucho, la profesora me sacó de la fila y luego me llevó a rectoría y me interrogaron sobre que le había dicho a la profesora, yo le decía que lo que había hecho era llamar a Carlitos mi amigo y que la profesora había entendido tal vez otra cosa, pero ella no precisaba que había entendido, bueno en ese momento entendí que no era importante decir la verdad, porque no creían en la gente que decía la verdad.

ADOLESCENCIA

El paciente refiere: “ En esa edad sucedieron varios acontecimientos con varios amigos, en la Normal empecé a cachar clases más o menos como en el grado noveno, nos quedábamos por fuera de la clase dentro del mismo colegio y realizábamos actividades de recreación y recochas para pasar el tiempo, nunca los profesores nos pillaron, bajé mucho el rendimiento académico y



tuve que cambiar de colegio por esto, en el Balbino fue peor, allí tuve un problema con un joven que quería pelear conmigo porque yo le caía mal, hasta que intervino una profesora para defenderme, los amigos del joven me buscaba problemas y los profesores me ayudaban, entonces fui visto como una persona indefensa, débil, que era el consentido por los profesores, un día tuve que pelear físicamente con el mismo joven, todo el mundo sabía de la pelea, menos yo y llegaron a donde yo estaba y se armó el tropel, ahí llegó el profesor Raúl a interrumpir la pelea, nos llevaron a coordinación, no hicieron llamado de padres, firma de observador, compromisos, después como a la semana estaba hablando con una niña, volvió a buscarme la pelea y yo le preguntaba que cual era la cosa conmigo y él me dijo que yo le caía mal, en ese momento intentó empujarme, yo tomé los brazos de él y los saque a fuera como para defenderme y con mi mano le golpee la nariz y le partí el tabique, me llevaron a rectoría, querían expulsarme, me demandaron por lesiones personales, la policía llegó a conocer del caso al colegio y llegó la cabo Fanny que era la directiva de la policía juvenil, a la que yo pertenecía, ella me defendió y las cosas se quedaron así, de ahí se marco una adolescencia rebelde, se salió el niño noble, tranquilo, pacifico, me volví el pelión del colegio, el que reclamaba, el que peleaba por todo, es decir con el que no se podían meter y gané respeto a la brava .”

ADULTEZ

El paciente refiere: “Cuando cambie de colegio me fui para el CEDECO (sección nocturna), me volví pacifico, tranquilo, normal, era la misma persona de siempre, intentaba evitar los problemas, me llevaba bien con la gente, porque los compañeros eran adultos, serios y con ellos no habían inconvenientes, con ellos no tenía que cuidarme, yo era muy tranquilo, subí el rendimiento académico, hice buenos compañeros, en esta época una relación de noviazgo, me vincule afectivamente con Diana, con ella duramos más o menos dos años, terminaron como en el mes de noviembre del año pasado, con ella vivimos momentos muy bonitos, nos veíamos mucho, hablamos de todos los temas, nos apoyábamos en todo momento, en un momento de la relación los dos nos volvimos posesivos, celosos, inseguros, el uno del otro (ella salió a unos quince años de una amiga y se besó con otro joven y ella me lo contó, desde ese entonces yo tenía inseguridad, porque siendo mi novia hacia un mes, ella se había besado con otro), yo ante esto seguí a mi corazón y no a la razón que me indicaba que lo que empezaba mal terminaba mal, pasó el tiempo, tuvimos relaciones sexuales al año 8 de noviembre de 2011, me sentí muy mal



porque ella, al parecer fue víctima de abuso sexual cuando fue pequeña y se sintió muy incómoda, lloraba, se encerró durante tres días, no quería saber de nada, ni de nadie, hasta que me contó que la habían abusado cuando estaba pequeña y que por esto yo la odiaría el resto de su vida, yo no podía odiarla, ni reprocharle por esto, fui comprensivo con ella, le brinde todo mi apoyo para que dejara de sentirse mal y finalmente mejoró su estado de ánimo, entendió que no debía sentirse culpable, por algo que le había ocurrido en su pasado.”



SESIÓN No. 4

FEBRERO 8/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Dar a conocer el tema de Pensamientos Automáticos Distorsionados de Ruiz y Lujan, 1991.
- ✓ Aplicar el Inventario de Pensamientos Automáticos Distorsionados de Ruiz y Lujan, 1991.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista, Aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos y la observación directa.
Técnica utilizada Reestructuración cognitiva.

OBSERVACIONES:

Se le suministra información relacionada con el tema de pensamientos automáticos y se le enseñó a identificar esos pensamientos, luego se le suministró un autoregistro para que los escribiera y los trajera en la próxima sesión.

Después de haber dado la información necesaria sobre el tema se le aplicó el Inventario de Pensamientos Automáticos, mostrándose muy atento y colaborador al responder dicho instrumento.

COMPROMISOS:

El paciente se lleva para su casa un autoregistro para diligenciar en los eventos que se presente pensamientos automáticos y traerlos para analizarlos en la próxima sesión.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 15 de Febrero de 2013, a la 1:00PM.



SESION No. 5

FEBRERO 15/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Dar a conocer los resultados obtenidos a través de la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, 1991.
- ✓ Revisar el autoregistro puesto para trabajar en casa.
- ✓ Complementar dicho tema y reforzar el tema de los pensamientos automáticos distorsionados.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista y la observación directa. Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES:

El resultado del instrumento aplicado fue el siguiente:

FILTRAJE: $1(1)+16(3) +31 (2)= 6$

PENSAMIENTO POLARIZADO: $2(1)+17(1) +32(0)= 2$

SOBREGENERALIZACIÓN: $3(1)+18(3) +33(3)= 7$

INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO: $4(0)+19(2) +34 (1)= 3$

VISIÓN CATASTRÓFICA: $5(0)+20(3) +35 (0)= 3$

PERSONALIZACIÓN: $6(1)+21(1) +36 (0)= 2$

FALACIA DE CONTROL: $7(2)+22(0) +37(2)= 4$

FALACIA DE JUSTICIA: $8(1)+23(2) +38 (0)= 3$

RAZONAMIENTO EMOCIONAL: $9(0)+24(0) +39 (0)= 0$

FALACIA DE CAMBIO: $10(1)+25(0) +40 (1)= 2$



ETIQUETAS GLOBALES: $11(1)+26(1) +41(1)= 3$

CULPABILIDAD: $12(3)+27(0) +42 (1)= 4$

LOS DEBERÍAS: $13(2)+28(2) +43 (0)= 4$

FALACIA DE RAZÓN: $14(1)+29(3) +44(2)= 6$

FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA: $15(3)+30(2) +45(2)= 7$

De acuerdo a los resultados analizados, se tomaron como puntuaciones para trabajar los pensamientos que reportaban = que 4 y > que 4 y se encontró que el paciente presentó pensamientos automáticos de filtraje, sobregeneralización, falacia de control, culpabilidad, los deberías, falacia de razón y falacia de recompensa divina, por lo que se hace necesario trabajar en la identificación de esos pensamientos y en su modificación. Se evaluó el registro anterior donde logró se identificaron dichos pensamientos y se le enseñó a llamarlos por su nombre.

COMPROMISOS:

El paciente se lleva para su casa un nuevo autoregistro para diligenciar en los eventos que se presenten pensamientos automáticos distorsionados y traerlos para analizarlos en la próxima sesión.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 22 de febrero de 2013 a la 1:00PM, donde se trabajará expresión de sentimientos y se utilizará la técnica de silla vacía, para trabajo de duelo.



SESION No. 6

FEBRERO 22/13

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- ✓ Trabajar expresión de sentimientos, a través de la técnica de silla vacía, para lograr que el paciente exteriorice sus pensamientos y sentimientos relacionados a su exnovia y que le estén afectando su estado emocional actual.

TÉCNICA UTILIZADA: Silla Vacía y ejercicio de sensibilización frente a sus pensamientos y sentimientos. Técnica utilizada entrenamiento en habilidades (comunicación).

OBSERVACIONES:

Se crea el ambiente necesario para desarrollar el ejercicio de la silla vacía, se colocó dos sillas, una donde se sentó el paciente y la otra frente a él, se realizó proceso de relajación, posteriormente se le pidió que cerrara los ojos y que imaginara que “R” se encontraba frente a él y que iba a tener la oportunidad de hacerle una serie de preguntas que lo estaban atormentando y de las cuales no encontraba respuestas, se logró realizar el ejercicio, el paciente presentó mucho llanto y se cumplió el objetivo propuesto, después se le pidió que cambiara de silla y que tomara ahora el papel de “R” y que respondiera a todas esas preguntas que le había hecho NN y efectivamente logró entender muchas cosas, que no estaban claras como las razones de la ruptura de la relación sentimental, aclaró que su exnovia tenía un buen concepto de él y que tenía un reto importante que era salir adelante, ya sin ella, porque la vida debía continuar, una vez culminó el ejercicio, se retroalimentó al paciente sobre todo lo sucedido en la sesión. Finalmente Se revisó la tarea del autoregistro puesto para casa permitiendo identificar eventos que detonaban los pensamientos automáticos distorsionados, los cuales eran los que le estaban generando malestar.

COMPROMISOS: El paciente se lleva para su casa un nuevo autoregistro para diligenciar identificando pensamientos automáticos distorsionados y traerlos para analizarlos en la próxima sesión.

SEGUIMIENTO: Se programa siguiente sesión para el día 1 de marzo de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 7

MARZO 1/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ De acuerdo al tema planteado en la sesión anterior se revisó la tarea puesta para la casa.
- ✓ Aplicación de la Escala de Rosenberg y entrega de resultados.
- ✓ Brindar herramientas educativas al paciente que permitan identificar factores que están afectando su autoestima, a través de un taller para que aumente su amor propio.

TÉCNICA UTILIZADA: Ejercicio práctico. “**Evaluando mi autoestima**”. Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES: Revisada la tarea puesta en casa se lograron identificar pensamientos automáticos que están impidiendo interactuar adecuadamente con los miembros de su familia y que afectan su diario vivir, especialmente pensamientos de filtraje, sobregeneralización, falacia de razón, y culpabilidad.

Teniendo en cuenta el estado emocional en que se hallaba el paciente a lo largo del proceso terapéutico, se desarrollo el tema de autoestima profundizando en tres aspectos importantes que fueron el autoconcepto, la autoimagen y la autoeficacia, se inició primero con una evaluación de ellos y se identificó que su autoconcepto y autoeficacia se encontraban afectados, dándole una puntuación de 4 y 5 respectivamente, en cambio su autoimagen era bastante buena, a la cual le dio una puntuación de 10, siendo ésta el máximo puntaje y uno el menor puntaje. A lo largo del ejercicio se identificaron pensamientos automáticos que estaban afectando su autoestima. Se ofrecieron herramientas (conceptos, ejercicios y autoregistros) para empezar a identificar esos pensamientos y que los pudiera registrar para trabajar en la próxima sesión.

COMPROMISOS: Se deja una tarea enfocada a mejorar su autoestima, a través de un autoregistro que identificara pensamientos, eventos y personas que estuvieran afectando su autoestima. Igualmente se deja continuación de tarea con autoregistro para pensamientos automáticos distorsionados.

SEGUIMIENTO: Se programa siguiente sesión para el día 8 de Marzo de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 8 (2 horas)

MARZO 8/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ De acuerdo al tema planteado en la sesión anterior se revisó la tarea puesta para la casa.
- ✓ Aplicar el Inventario de Depresión de Beck, para evaluar nivel de Depresión en el que se encontraba el paciente. Fase Pre Tratamiento.
- ✓ Aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck, para evaluar nivel de ansiedad que presentaba el paciente. Fase Pre Tratamiento.
- ✓ Aplicación de una técnica de relajación, que permita al paciente, alcanzar un mayor nivel de calma y a la vez le permita disminuir los niveles de estrés, ansiedad, depresión y tensión muscular.

TÉCNICA UTILIZADA:

Técnica de Relajación, relajación autógena y Restructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES:

Revisada la tarea puesta en casa se lograron identificar pensamientos automáticos distorsionados que estaban impidiendo interactuar en forma adecuada, especialmente a nivel emocional con pensamientos automáticos de sobregeneralización, interpretación del pensamiento y culpabilidad, lográndose avances con respecto a esos pensamientos, porque se identificó que el paciente estaba utilizando ya pautas de afrontamiento adecuadas, poniendo un stop cuando aparecían estos pensamientos.

Teniendo en cuenta el estado de tensión muscular y sus niveles de ansiedad y depresión que presenta permanentemente el paciente dentro de las sesiones, se realiza ejercicio de relajación, llevando al paciente a adquirir herramientas para cuando se le presenten situaciones que le aumenten los niveles de depresión y ansiedad, sentimientos de irritabilidad, desesperación, pérdida del control de impulsos, pudiera actuar calmadamente y tomar decisiones acordes a sus propias necesidades y llevarlo a actuar en forma asertiva frente a los demás.



COMPROMISOS:

Se deja como tarea para siguiente semana, practicar el ejercicio de relajación, de tal manera que cuando lo requiera, lo pueda usar y sacarle buen provecho. Igualmente se deja continuación de tarea con autoregistro para pensamientos automáticos, mejoramiento de autoestima y control de la ansiedad y la depresión, identificando situaciones que le generaban este malestar, las cuales serían registradas en el cuaderno personal del paciente.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 15 de Marzo de 2013, donde se entregaran resultados de los inventarios de Depresión y Ansiedad y se trabajaran esos temas.



SESION No. 9 (2 horas)

MARZO 15/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ De acuerdo al tema planteado en la sesión anterior se revisó la tarea puesta para la casa.
- ✓ Entrega de Resultados de los Inventarios de Depresión y Ansiedad.
- ✓ Trabajar temas de Depresión y Ansiedad.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista y Manejo de los temas. Técnicas en entrenamiento de habilidades (sociales, solución de problemas y toma de decisiones).

OBSERVACIONES:

Revisada la tarea puesta en casa se lograron identificar pensamientos automáticos distorsionados que estaban impidiendo interactuar en forma adecuada, especialmente a nivel emocional, se trabajó el autoregistro de esta semana con un sueño que tuvo con su ex novia, plasmó el sueño en el autoregistro identificó pensamientos intrusivos (su ex novia embarazada), logrando modificarlos por pensamientos positivos, llevando al paciente a sentir mejoría en esta semana.

Se entregaron el resultado del inventario de depresión, refiriéndole al paciente que había obtenido un resultado de 54 puntos en esta prueba, que lo ponía en un nivel de depresión severa y que los síntomas que se detectaron de acuerdo al inventario de depresión de Beck fueron: Se sentía triste continuamente y no podía dejar de estarlo, sentía que el futuro era desesperanzador y las cosas no mejoraban, no obtenía una satisfacción auténtica de las cosas, estar insatisfecho o aburrido de todo, sentirse culpable constantemente, sentir que estaba siendo castigado, estar decepcionado de sí mismo, autocriticarse por sus debilidades o errores, **pensar en suicidarse pero no lo cometería**, llorar continuamente, sentirse irritado continuamente, estar menos interesado en los demás que antes, tomar decisiones le resulta mucho más difíciles que antes, no tener peor aspecto que antes, le cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo, no



dormir tan bien como antes, tener mucho menos apetito que antes, no estar preocupado por su salud más de lo normal y haber perdido totalmente el interés por el sexo.

Igualmente se entregó el resultado del inventario de Ansiedad de Beck, refiriéndole al paciente que había obtenido un resultado de 26 puntos en esta prueba, que lo ponía en un nivel de ansiedad severa y que los síntomas que se detectaron de acuerdo al inventario de Ansiedad de Beck fueron: Hormigueo o entumecimiento, incapacidad para relajarse, miedo a que suceda lo peor, mareos, palpitaciones o taquicardia, sensación de inestabilidad o inseguridad física, temblor en las manos, miedo a perder el control, dificultad para respirar, miedo a morirse sobresaltos, Sudoración.

De los anteriores resultados se generó una reflexión en torno a todos los síntomas tanto de depresión como de ansiedad y se dejó como tarea responder a cada uno de ellos identificando porque se estaba sintiendo así y que era lo que estaba generando cada síntoma y qué podría hacer para mejorar su estado emocional, tarea que quedó para la próxima sesión.

Se realizó Psicoeducación al paciente sobre los temas trabajados (depresión y ansiedad), aprendió como detectar los síntomas y qué hacer cuando se presentaba el malestar (pautas de afrontamiento como la relajación y modificación de pensamientos automáticos y si el malestar lo generaban las personas o el ambiente, mejorarlo en la capacidad de sus condiciones, o no darle la importancia que acostumbraba él a darle).

COMPROMISOS:

Se deja para la siguiente semana, llenar los autoregistros anteriores y se programó realizar actividades sociales agradables con sus amigos, ampliar el círculo de amigos, realizar actividades que le generaran gratificación, como practicar deporte, o tocar guitarra, con el fin de disminuir el temor a la soledad y retomar actividades placenteras.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 22 de Marzo de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 10

MARZO 22/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ De acuerdo al tema planteado en la sesión anterior se revisó la tarea puesta para la casa.
- ✓ Realizar ejercicio práctico para expresión de sentimientos sobre balance de pérdidas y ganancias con las experiencias vividas en su relación de noviazgo.

TÉCNICA UTILIZADA: Ejercicio práctico sobre balance de pérdidas y ganancias. Técnica utilizada Restructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES: Revisada la tarea puesta en casa se lograron identificar pensamientos automáticos que están impidiendo interactuar en forma adecuada, especialmente a nivel emocional, se trabajó el autoregistro de esta semana con un sueño que tuvo con su ex novia, plasmó el sueño en el autoregistro identificó pensamientos intrusivos (su ex novia embarazada), logrando modificarlos por pensamientos positivos, llevando al paciente a sentir mejoría en esta semana. El ejercicio sobre expresión de sentimientos (cualidades y debilidades de la pareja de las cuales se enamoraron y de las que quedaron cuando la relación terminó, también se hizo un inventario de experiencias agradables y desagradables vividas dentro de esa relación), el paciente logró comprender que él se había enamorado de una persona que ya no era y que tal vez a ella le había pasado lo mismo, al igual logró reconocer que la relación entre ellos no era muy buena y que lo que posiblemente los mantenía juntos, era por compañía (temor a la soledad o a ser abandonados). De la misma manera dentro del inventario de experiencias positivas y negativas, descubrió que eran mucho más las experiencias negativas vividas, que las positivas y que no valía la pena seguir sufriendo...

COMPROMISOS: Se deja para la siguiente semana seguir identificando pensamientos automáticos que seguían afectado (depresión, ansiedad y autoestima), se programó realizar actividades sociales agradables con sus amigos, ampliar el círculo de amigos, realizar deporte, con el fin de disminuir el temor a la soledad,

SEGUIMIENTO: Se programa siguiente sesión para el día 29 de Marzo de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 11

MARZO 29/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ De acuerdo al tema planteado en la sesión anterior se revisó la tarea puesta para la casa.
- ✓ Revisar historia de duelo.
- ✓ Realizar ejercicio práctico para trabajar la aceptación del duelo, buscando pruebas de realidad que lo llevaran a hacerle frente a la pérdida, dejándola partir y llevándolo a entender que lo que pasó no fue su culpa.
- ✓ Interpretación de un sueño.

TÉCNICA UTILIZADA:

Ejercicio práctico sobre expresión y comprensión de sentimientos. Reestructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES:

Revisada la tarea puesta para la casa, el paciente logró retomar actividades sociales que le causaban gratificación como salir con sus amigos, realizar el deporte de parkour, tocar guitarra, cantar, leer, llevándolo a comprender que su vida seguía, a pesar de que ella ya no estaba ahí con él, además logró entender que todo lo que ahora hacía era lo que normalmente hacía cuando ella no existía, pero que por su entrega total en esa relación amorosa, había abandonado y que sus amigos y todo lo que le gustaba estuvieron ahí siempre y que lo que pasaba era que él era el que no quería compartir, ni disfrutar.

En cuanto al ejercicio se inició con la interpretación del sueño que él traía para ese día, le permitió entender lo interesado que estaba por sacar de su vida a esa persona que ya se había ido físicamente, pero que emocionalmente él no la dejaba ir. Se trabajó expresión y comprensión de sentimientos, en relación con la aceptación de esa pérdida emocional, poniéndole pruebas de realidad, como “ella ya no está a su lado, ella se fue, las cosas no son eternas, las parejas no son para siempre, no fue culpa de él que ella se haya querido ir, lo que pasó no fue por él, ni tampoco por ella, ella se pertenece a sí misma, ella es libre a sí como lo es él también, igualmente se le hicieron preguntas ¿Cómo se portaba R con él?, como era sentimentalmente R



con él?, hace cuánto ya no estaban juntos emocionalmente?, ¿ De quién estaba enamorado él de la persona que conoció, o de la que realmente era ahora, en conclusión, se logró llevar al paciente a un reflexión profunda frente a sus verdaderos sentimientos y qué hacer con ellos, como canalizarlos en forma adecuada.

COMPROMISOS: Se deja para la siguiente semana, realizar una carta dirigida a la exnovia, donde le expresara todos sus sentimientos, los cambios que se habían dado en su vida, las expectativas que hoy tenía como persona y que ha sido su vida desde que ella se fue y despedirse de ella, porque debe dar el paso de dejarla ir de su vida.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 5 de Abril de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 12

ABRIL 05/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ De acuerdo al tema planteado en la sesión anterior se revisó la tarea puesta para la casa.
- ✓ Revisar etapas del duelo.
- ✓ Lectura de la carta.

TÉCNICA UTILIZADA:

Ejercicio práctico sobre lectura de la carta. Técnica utilizada Restructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES:

De acuerdo al tema planteado en esta sesión, que era hablar de las etapas del duelo y de realizar una evaluación para saber en qué etapa se encontraba, él manifestó que no estaba en la primera, pero que tampoco sentía que se encontraba en la última, de acuerdo a esta información y teniendo en cuenta que no había hecho la actividad programada para la casa, que era hacer una carta, entonces se decidió hacerla dentro de la sesión, dando excelentes resultados, fue una carta donde el paciente pudo expresar sus sentimientos sin sentirse culpable y sin culparla a ella tampoco, no presenta llanto, sus pensamientos y sentimientos eran claros, le manifestaba que ya no la quería y que debía dejarla partir, que iba a continuar su vida sin ella y que él le deseaba lo mejor, reconocía que por ella había cambiado toda su vida y que ahora ya la había retomado nuevamente, claro está que mientras volvió a encontrarse cometió muchos errores, pero que iba a seguir adelante su vida. Después de la reflexión sobre la carta el paciente pudo concluir que ya se encontraba en la etapa final de duelo.

COMPROMISOS:

Se deja como tarea para la siguiente semana traer todas las cosas que tuviera de su exnovia en la casa para hacer un funeral, una ceremonia y que se pudiera deshacer de todos los recuerdos materiales de ella y con esta actividad cerrar proceso de duelo.

SEGUIMIENTO: Se programa siguiente sesión para el día 19 de Abril de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 13

ABRIL 19/13

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- ✓ Generar un cambio en el paciente sobre la visión del mundo, que fuera compatible con su nueva realidad, llevándolo, a través de un ejercicio práctico “el funeral” a la aceptación intelectual y emocional de la pérdida.

TÉCNICA UTILIZADA: Entrevista y ejercicio práctico “El Funeral”. (Técnicas utilizadas Restructuración cognitiva, Técnica de Mindfulness - Reducción de la Rumiación y la Preocupación, Anclaje en el Presente y Tolerancia al Malestar y la Técnica de Control somático - Regulación Emocional –Reparación emocional).

OBSERVACIONES:

De acuerdo al tema planteado para esta sesión, se da inicio preguntándole al paciente sobre los objetos que traía para hacer el ejercicio programado para el día de hoy y manifestó al respecto que había buscado en su casa cosas que ella le había regalado y que le pudieran recordarla, pero que no había encontrado nada, porque todas las había votado cuando habían terminado, sobre todo en los momentos donde más ira experimentaba y que no tenía nada y que por eso no había traído nada, entonces se procedió a hacer un listado de las cosas que ella le había regalado y de las experiencias negativas vividas y procedió a mencionarlas, luego ese papel lo echamos a quemar en una vasija que teníamos para ello, a través de este ejercicio pudo desahogarse simbólicamente de esos recuerdos, el paciente refería durante el ejercicio aspectos como “Diana ya no te necesito en mi vida, porque volví a ser la persona que era antes de conocerte, gracias por todos esos momentos agradables que vivimos, en su momento fueron bonitos, pero ahora estoy muy bien sin ti, no sabes cuánto sufrí cuando te perdí y que si hice locuras después de perderte, si las hice, pero ya me recuperé de todo ese malestar que sentía, tú me enviaste una invitación para que te aceptara en el Facebook, pero simplemente te respondo que no quiero aceptarte como mi amiga, que sin ti estoy bien, no quiero que vuelvas a hacerme daño, ni tampoco que yo te cause daño, así como estamos, es mejor, te deseo lo mejor, que solo te sucedan cosas positivas y buenas, sigue tu vida, que yo sigo la mía, en este momento me estoy deshaciendo de los últimos



recuerdos que tenía de ti y sabes me siento mejor, he mejorado bastante mi forma de pensar y de actuar, esto me ha ayudado a sentirme bien conmigo mismo, tengo grandes proyectos y deseos de seguir con mi vida, quiero estudiar y sacar adelante la empresa que un día deje a un lado por estar todo el tiempo contigo, he retomado el deporte y me ha ido muy bien en ello....” Con este ejercicio el paciente logró desarrollar actitudes maduras que le permitirán enfrentarse a nuevas situaciones más seguro de sí mismo, tener autocontrol y dominio sobre su vida y sus emociones.

COMPROMISOS:

Teniendo en cuenta que en esta sesión se termina de trabajar el tema de duelo. Se plantea como tema para la próxima sesión terapia del perdón para reparar el daño emocional causado a lo largo de su vida y prepararlo para entrar en el tema de mejorar las relaciones familiares que es uno de los objetivos terapéuticos dentro de esta terapia psicológica. Se le pidió al paciente que hablara con sus padres para ver de qué forma lo apoyaban para iniciar una carrera profesional o definir su proyecto de vida.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 3 de Mayo de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 14

MAYO 3/13

OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- ✓ Llevar al paciente a la aceptación de los errores del pasado, falencias que ocurrieron en su vida, heridas aún no han sanado, sensación de injusticias cometidas en su contra, para que a través de un ejercicio práctico logre realizar reparación emocional y que vea la vida como una oportunidad, un regalo y una decisión de vivirla a plenitud.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista y ejercicio práctico “Terapia de Perdón. Técnica de control somático regulación emocional – Reparación emocional”.

OBSERVACIONES:

El paciente llega a la sesión, se le indaga por la tarea que se había programado en la sesión anterior que consistía en hablar con sus padres sobre el apoyo económico que le pudieran ofrecer para iniciar sus estudios, a lo que respondió que si había hablado con su padre, pero que él no le había gustaba mucho la idea de cambiar de carrera profesional y en cuanto a la parte económica le manifestó que tocaba esperar porque él ahora no podía, que mejor se pusiera a hacer otros cursos en el SENA y que el año entrante miraban a ver si le ayudaban, entonces el paciente le dijo a su papá que él iba a estudiar con, o sin su ayuda, así le tocara salir a conseguir trabajo y dejar de atender el internet, porque de todas manera el paciente trabajaba, pero que su padre no le reconocía por ello.

Posteriormente se da inicio a la actividad programada para el día de hoy “Terapia de Perdón” donde se realizó un ejercicios que permitió, **primero** identificar a una persona que le había causado daño y **segundo** tomar la decisión de entrar a perdonar a esa persona por el daño causado, sobre todo a comprender que los comportamientos de las personas se deben separar de las personas y que cuando alguien comete un error debemos atacar a la conducta y no a la persona, igualmente pudo comprender que las personas no solo tienen defectos, sino también cualidades y que era con las cualidades de las personas con las que nos debíamos quedar, porque



si escogíamos quedarnos con las cosas malas, con los errores y sus defectos, dejábamos de valorar otros aspectos que eran más importantes para el mantenimiento de las relaciones interpersonales y familiares. Se trabajó el perdón como una opción, un regalo, una decisión, una oportunidad y un nuevo estilo de vida (Ver anexo 9).

COMPROMISOS:

El paciente se compromete a invitar a sus padres para abordar el tema de mejoramiento de las relaciones familiares que es uno de los objetivos terapéuticos dentro del presente tratamiento psicológico y revisar su proyecto de vida, investigar en las universidades pensum académicos para trabajar en vocación profesional, e indagar consigo mismo sobre qué era lo que quería hacer en su vida si estudiar o trabajar y empezar a abordar el tema de proyecto de vida.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día de 17 de mayo de 2013 a la 1:00PM.



SESION No. 15

MAYO 17/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Trabajar con el paciente y sus padres en el mejoramiento de las relaciones familiares y la comunicación.
- ✓ Orientar al paciente en proyecto de vida, evaluando aptitudes para la escogencia de una carrera profesional o la asesoría en el proyecto de empresa deportiva que el paciente quiere sacar adelante.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista y ejercicio “el Carro de mi vida”. Técnica utilizada Reestructuración Cognitiva.

OBSERVACIONES:

De acuerdo al tema planteado para esta sesión, se da inicio preguntándole al paciente sobre la no presencia de sus padres a la sesión y manifestó que no les había dicho nada y sobre el compromisos sobre el proyecto de vida, refirió que lo que realmente él quería hacer era estudiar, sacar adelante una carrera profesional, pero la que al él le gustaba y no la que el papá decidiera, entonces informó que había visitado universidades y le habían llamado la atención tres carreras profesionales Psicología en la Unab, Música en la UIS y Artes en la UIS, de acuerdo a las anteriores carreras se hace un inventario de aptitudes que contribuyeran en el logro de esa meta profesional. En cuanto a Psicología la descartó porque aseguró que le gustaba, pero para entender muchas cosas que pasaban en él y que además era costosa, en cuanto a Música refirió tener aptitudes pero no le veía mucho futuro, además de que en la UIS para empezar a estudiar le pedían saber tocar tres instrumentos y que él solo sabía tocar guitarra y que esto no era suficiente y en cuanto a la última carrera refirió que era la que más le gustaba porque tenía muchos campos de acción (fotografía, música, escenografía, expresión escultórica, medios audiovisuales, etc) y que todos esos temas le gustaban, además que esa carrera se integraba con su empresa deportiva y que así fuera cara, él si quería hacerla, hizo averiguaciones en el ICETEX para mirar la parte de la financiación y le dijeron que le prestaban el 75% por pertenecer al estrato socio.-económico 1,



entonces se generó un compromiso de hablar con los padres, porque a pesar de ser mayor de edad, dependía económicamente de ellos, por estar trabajando en el internet y manifestó no recibir pago por este trabajo, según el paciente manifestó que al internet le entraban aproximadamente 1.200.000 al mes. Se realizó el ejercicio “el carro de mi vida” para evaluar aptitudes y verificar claridad en las metas y los recursos que se requería para sacar adelante esta meta.

Como resultado del ejercicio se encontró que tiene buena actitud y disposición para estudiar, genero una reflexión al final que dijo “así me toque salir a buscar un trabajo donde si me paguen yo lo voy a hacer, voy a hablar con mi papá para que me pague por lo que hago y si no lo hace para yo poder estudiar, me salgo del internet y me voy a buscar otras posibilidades, yo sé que me va bien, alguna vez lo hice y me fue bien, yo no me quedo quieto, no quiero que sea mi papá el que me pague la universidad, porque siempre me lo saca en cara, quiero hacerlo por mis propios medios y yo mismo pagarme mis estudios.

Durante el transcurso de esa semana se estableció comunicación con la abuela y tía paterna del paciente para que la siguiente semana asistieran los padres a la sesión que se iba a programar nuevamente, quienes se comprometieron a informarles.

COMPROMISOS:

El paciente se compromete a hablar con sus padres sobre su deseo de estudiar y trabajar en el internet con un sueldo que le permitiera pagar sus estudios y de su asistencia a una nueva cita con ellos para trabajar el mejoramiento de las relaciones familiares y la comunicación, para lo cual se les expidió boleta de citación.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 24 de Mayo de 2013 a la 1:00PM.



OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Trabajar con el paciente y sus padres en el mejoramiento de las relaciones familiares y la comunicación, además de hablar con ellos sobre la posibilidad de generarle ingresos al paciente para que pudiera estudiar.
- ✓ Aplicar inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, fase Post Tratamiento y entregar resultados.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista. Aplicación de instrumentos de seguimiento y entrega de resultados.

OBSERVACIONES:

A esta sesión no asisten los padres y refiere el paciente que les entregó las citaciones, pero que no dijeron nada, además también manifestó que realmente no quería que se trabajara con ellos, porque las cosas era mejor dejarlas así como estaban.

Se aplicaron los instrumentos de seguimiento y se obtuvieron los siguientes resultados.

En el Inventario de Depresión de Beck, en la fase Post, Tratamiento obtuvo una puntuación de 16, quedando en un nivel de depresión leve, los síntomas que se encontraron hacían referencia a: No sentirse triste, no sentirse especialmente desanimado respecto del futuro, no sentirse fracasado, las cosas le satisfacen tanto como antes, no sentirse especialmente culpable, no cree estar siendo castigado, no estar decepcionado de sí mismo, no considerarse peor que cualquier otro, no tiene ningún pensamiento de suicidio, no llorar más de lo que solía llorar, no estar más irritado de lo normal en él, **haber perdido la mayor parte del interés por los demás**, tomar decisiones más o menos como siempre lo he hecho, no cree tener peor aspecto que antes, trabajar igual que antes, duerme tan bien como antes, no se siente más cansado de lo normal, su apetito no ha disminuido, últimamente ha perdido poco peso o no ha perdido nada, no estar preocupado por su salud más de lo normal y **estar mucho menos interesado por el sexo**.



En el inventario de Ansiedad de Beck, en la fase Post Tratamiento, obtuvo una puntuación de 5, pasando de un nivel de ansiedad severa a un nivel de ansiedad leve, disminuyendo los síntomas de: Miedo a que suceda lo peor, mareos, temblor en las manos, miedo a perder el control, miedo a morir y sudoración. Sin embargo aparecieron otros síntomas como: sensación de calor, sensación de inestabilidad o inseguridad física y problemas digestivos, en los cuales se está profundizando.

COMPROMISOS: El paciente se compromete a indagar sobre esos nuevos síntomas para trabajarlos en la próxima sesión. En cuanto al trabajo con los padres, al no ser posible establecer comunicación con ellos, se solicita a una sesión con la abuela y tía materna para que apoyaran económica y emocionalmente al paciente.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 7 de junio de 2013 a la 1:00PM, donde se trabajará sobre la nueva sintomatología ansiosa del paciente y la aplicación de la escala de autoestima de Rosenberg y del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, 1991, fase post tratamiento.

NOTA: Se trabajó una sesión con la abuela paterna, a quien se le dio a conocer el proyecto de vida que estábamos adelantando con el paciente y la necesidad de apoyarlo económicamente para que pudiera iniciar su carrera profesional, o que su padre le asignara un sueldo al trabajo que realiza en el internet y la abuela refirió que ella podía apoyarlo económicamente, siempre y cuando no fueran costosos los semestres y que iba a hablar con el papá para que lo ayudara también y así entre todos fuera más fácil. Se le indagó a la abuela sobre los avances obtenidos durante el tratamiento psicológico, quien refirió haber notado cambios positivos en el comportamiento de su nieto, que lo veía más animado, con más ganas de hacer las cosas, que estaba practicando un deporte que a ella no le gustaba porque era muy peligroso el Parkour, pero que ya le había dicho que lo dejara, pero que él no quería hacerle caso, me pidió que interviniera como psicóloga para que él lo dejara y tuve que ponerle en claro que no lo iba a hacer, porque esa no era mi función, que él era un adulto y que las cosas que hiciera fuera de mi consulta yo no iba a intervenir, por el bienestar del proceso terapéutico.



SESION No. 17

JUNIO 7/13

OBJETIVOS DE LA SESIÓN:

- ✓ Trabajar con el paciente los nuevos síntomas ansiosa encontrada en el Inventario de Ansiedad de Beck y los síntomas que se no se modificaron en el Inventario de Depresión de Beck.
- ✓ Aplicar inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, 1991, y la Escala de Rosenberg, fase Post Tratamiento.

TÉCNICA UTILIZADA:

Entrevista y Técnica de Respiración diafragmática. Aplicación de instrumentos de seguimiento y entrega de resultados.

OBSERVACIONES:

Se trabajó sobre los nuevos síntomas encontrados en el inventario de ansiedad de Beck y se lograron identificar pensamientos automáticos que todavía le producían esos síntomas, se lograron racionalizar y posteriormente se trabajo la técnica de relajación diafragmática para disminuir los síntomas ansiosos. Se aplicaron los instrumentos de seguimiento y se obtuvieron los siguientes resultados.

En la fase POST TRATAMIENTO del Inventario de Pensamientos Automáticos: Se evidenció disminución en la puntuación de los Pensamientos de: Filtraje (1) Sobregeneralización (0). Falacia de control (2). Culpabilidad (0). Los deberías (2). Falacia de razón (1) y **Falacia de recompensa divina (Puntuación 5)**.

De los resultados anteriores se evidenció cambios significativos en esta **segunda evaluación**, por cuanto disminuyeron los puntajes en los pensamientos automáticos y algunos puntuaron en cero, lo que indica que el paciente logró detectar esos pensamientos distorsionados y modificarlos, permitiéndole mejorar su estado emocional, logrando hacer más racional su forma de pensar e incorporar un nuevo estilo de vida. En el pensamiento de **Falacia de recompensa**



divina en la segunda evaluación solo disminuyó en 2 puntos con relación a la primera evaluación, lo que indica que ese pensamiento distorsionado no logró modificarse en su totalidad y todavía considera que su situación mejorará mágicamente en el futuro y que mañana habrá una recompensa por el sufrimiento de hoy.

En la fase POST TRATAMIENTO en la Escala de Autoestima de Rosenberg, el paciente obtuvo una puntuación de 35, con una diferencia de 16 puntos a favor, lo que indica que su autoestima se elevó, logrando mejorar significativamente los pensamientos distorsionados que la afectaban.

COMPROMISOS:

El paciente se compromete a practicar la técnica de respiración diafragmática, hacer 20 respiraciones diafragmáticas todas las noches, antes de acostarse y en los momentos en que se sintiera ansioso, se entregó nuevo registro para identificar pensamientos automáticos distorsionados que le generaran síntomas de ansiedad y depresión.

SEGUIMIENTO:

Se programa siguiente sesión para el día 5 de julio de 2013 a la 1:00PM para realizar seguimiento al presente caso.



OBJETIVO DE LA SESIÓN:

- ✓ Realizar seguimiento al paciente sobre síntomas depresivos y ansiosos, proceso de duelo y proyecto de vida.

TÉCNICA UTILIZADA: Entrevista y observación.

OBSERVACIONES: Se indago al paciente sobre su estado emocional, quien refirió estar bien, sentirse bien, sentirse cómodo en su trabajo, con muchos amigos, estar practicando el deporte Parkour, tocando guitarra, pintando y con una posibilidad alta de poder estudiar una carrera profesional de Artes en la UIS y cuenta con el apoyo económico de su abuela paterna, quien le facilitó los medios económicos para que él pueda estudiar, además reportó que el padre se comprometió a apoyarlo en los gastos que se ocasionaran durante cada semestre, ya se encuentra haciendo gestiones para matricularse.

COMPROMISOS: El paciente se compromete a hacer la técnica de respiración diafragmática, hacer 20 respiraciones diafragmáticas todas las noches, antes de acostarse y en los momentos en que se sintiera ansioso, seguir llenando los registros para identificar pensamientos automáticos distorsionados que le generaran síntomas de ansiedad y depresión y utilizar pautas de afrontamiento para contrarrestarlos.

SEGUIMIENTO: Se programa seguimiento telefónico después de un mes con la abuela paterna para verificar información suministrada con el paciente y verificar efectividad del tratamiento.

NOTA: El 15 de agosto se realizó llamada telefónica a la abuela paterna para confirmar la información suministrada por el paciente y para preguntar por su estado emocional y refirió que su nieto se encontraba estudiando durante el día en la UIS, en una carrera de Artes y que en los tiempos que le quedaba libre, abría el Internet, que estaba estudiando juicioso, que se la pasaba pintando y haciendo trabajos, que lo notaba bien, muy animado, que había sido ella la que le había pagado el semestre y la que le estaba ayudando en lo que él necesitara, que ella se sentía muy bien de ver a su nieto con un mejor estado de ánimo y que ahora si lo veía entusiasmado estudiando algo que a él realmente le gustaba.



DISCUSIÓN

La importancia de haber abordado la depresión y la ansiedad en un paciente que atravesaba por un momento de dolor, causado por la ruptura de una relación amorosa, surge de la necesidad de verificar si la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual, específicamente con la Técnica de Restructuración Cognitiva, permite la disminución de los síntomas presentes en estos trastornos.

La terapia cognitiva deriva de los descubrimientos del psiquiatra americano A. Beck (1967) sobre que los trastornos psicológicos provienen en gran parte (aunque no exclusivamente) de maneras erróneas de pensar o interpretar los acontecimientos que vive una persona. Estos pensamientos e interpretaciones se convierten en formas estereotipadas y rígidas de valorar los acontecimientos, la propia conducta y a sí mismo. Por ejemplo la persona depresiva se centra en pensamientos de escasa valía personal, desesperanza futura e incapacidad de manejar su vida y desarrolla una especial habilidad para hacer una "visión túnel " donde percibe con facilidad lo negativo de su vida e ignora o no aprecia otros aspectos más positivos o que le pueden ayudar a manejar su situación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados en la fase pre y post tratamiento en los Inventarios de Depresión de Beck, Ansiedad de Beck, Pensamientos Automáticos distorsionados y Escala de Autoestima de Rosenberg, se observó un efecto positivo en la evaluación e intervención realizada, por cuanto en los cuatro instrumentos en la fase post tratamiento se reflejó una disminución notable en los síntomas presentados por el paciente al inicio del tratamiento, evidenciándose que en el inventario de Depresión de Beck en la primera evaluación obtuvo un puntaje de 54 (depresión extrema) y en la segunda evaluación se redujo a 16 puntos (depresión leve), disminuyendo el puntaje en 38 puntos; en el inventario de Ansiedad de Beck en la primera evaluación obtuvo 26 puntos (ansiedad severa) y en la segunda evaluación obtuvo 5 (ansiedad nivel mínimo), reduciéndose la mayoría de los síntomas ansiosos; en el inventario de Pensamientos Automáticos se evidenció cambios significativos en la segunda evaluación, por cuanto disminuyeron los puntajes en los pensamientos automáticos y algunos puntuaron en cero, lo que indica que el paciente logró detectar pensamientos distorsionados que



estaban afectado su estado emocional y modificarlos y finalmente en la Escala de Autoestima de Rosenberg en la primera evaluación obtuvo en la primera evaluación obtuvo una puntuación de 19 (autoestima reducida) y en la segunda evaluación obtuvo una puntuación de 35 (autoestima elevada), con una diferencia de 16 puntos a favor, lo que indica que su autoestima se elevó.

Los resultados anteriores le dan tanto al terapeuta como al paciente la certeza que la intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual es efectiva y eficaz para el abordaje de estos casos, pues permite evidenciar cambios significativos en las conductas de los pacientes, específicamente cuando se llevan tratamientos con pacientes depresivos, permitiéndole mejorar su estado emocional, lograr hacer más racional su forma de pensar e incorporarse a un nuevo estilo de vida. Los temas de depresión, ansiedad y autoestima fueron trabajados desde la Técnica Reestructuración Cognitiva, de la cual se obtuvieron excelentes resultados.

Es importante tener en cuenta que hay pensamientos automáticos distorsionados que no se logran desmontar fácilmente, como fueron los pensamientos que tenían que ver con haber perdido el interés por los demás y estar mucho menos interesado por el sexo, en la aplicación del inventario de Beck en ambas evaluaciones se mantuvieron altos, lo que indica que el paciente debe seguir trabajando en ese tema y verificar cual fue la organización de las experiencias de aprendizaje vividas y los significados que le ha dado a estas experiencias, para que logre modificarlos.

Está demostrado que el apoyo social y familiar son factores fundamentales en la salud física y psíquica, de manera que los sujetos con buen apoyo pueden tolerar las situaciones de estrés sin enfermar, mientras que las mismas situaciones pueden provocar graves desarreglos somáticos y psíquicos, si no se cuentan con una buena red de apoyo que ayude a afrontar las situaciones críticas, que pueden terminar en un cuadro de depresión (Espina, 1995). En este caso particular, no se logró trabajar con la familia nuclear del paciente, por falta de interés tanto del paciente como de los padres, dificultando de esta manera que un importante objetivos terapéuticos no se cumpliera en su totalidad, sin embargo se tuvo el acompañamiento de la familia extensa (abuela y tía maternas); es esta una de las posibles razones para que no se lograra la remisión total de los síntomas consultados por el paciente.



CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en la aplicación de los cuatro instrumentos se logró confirmar que el paciente presentaba un trastorno de adaptación mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, producto de la ruptura de una relación amorosa, sumado a esto se evidenció dificultad en la comunicación y relación con sus padres, al igual que presentó dificultades para establecer relaciones adecuadas con los otros, convirtiéndose en factores mantenedores de las conductas problema del paciente. Dentro de los factores protectores de las conductas problema del paciente se evidencia el apoyo permanente de la abuela paterna y su tía, quienes le brindan apoyo económico, emocional y comprensión al paciente.

De la misma manera se logró una evolución satisfactoria de la sintomatología presentada por el paciente al inicio del tratamiento psicológico, permitiendo que el paciente retomara su vida nuevamente, logrando cumplir con la mayoría de los objetivos terapéuticos que eran disminuir los síntomas de depresión, a través de técnicas de reestructuración cognitiva, para la modificación de pensamientos automáticos que afectan su estado emocional, disminuir los síntomas de ansiedad, identificando y modificando la base cognitiva de este trastorno que hacía vulnerable al sujeto y facilitar la adquisición de habilidades de afrontamiento para su manejo, disminuir en el paciente el dolor que estaba experimentando frente a la pérdida emocional y llevarlo a que retomara nuevamente su vida.

En cuanto al objetivo terapéutico de trabajar con su red de apoyo, estrategias de acercamiento que permitan mejorar sus relaciones familiares, la comunicación, para ad esta manera se fortaleciera su autoestima y se lograra supervisar el tratamiento psicológico, establecer precauciones para evitar nuevos intentos suicidas y recaídas de la depresión, no fue posible trabajar con el paciente y sus padres, ni en forma individual, ni conjunta, por falta de enteres de ambas partes, sin embargo se pudo avanzar en este objetivo con la colaboración y el apoyo de la abuela y tía paternas, quienes estuvieron durante el proceso psicológico al tanto de la evolución del paciente, con quienes fue posible supervisar el tratamiento psicológico, prevenir recaídas y evitar intentos suicidas.



En cuanto al objetivo terapéutico de retomar y clarificar con el paciente proyecto de vida, se avanza bastante, encontrándose en este momento el paciente matriculado en una carrera profesional en la Universidad Industrial de Santander, a fin a sus aptitudes y a sus recursos económicos y le dio nuevamente vida a su empresa deportiva de PARKOUR, donde está enseñando a muchos jóvenes este deporte.

Finalmente se puede concluir que el trabajo realizado desde la práctica de Especialización en Psicología Clínica, cumplió con el objetivo propuesto por la practicante y la Universidad Pontificia Bolivariana, la cual era generar un impacto positivo con la intervención realizada a todos los pacientes atendidos y a las personas capacitadas, ya que de una u otra manera se logró mejorar la calidad de vida de los usuarios que acuden a la Comisaría de Familia en busca de ayuda.



COMENTARIOS

Realizar la Especialización en Psicología Clínica y poner los conocimientos adquiridos durante este proceso de formación al servicio de mis pacientes, me ha dado la mayor gratificación de mi vida, toda vez que aprendí las herramientas necesarias para satisfacer las necesidades de mis pacientes, quedándome el recto de continuar en la adquisición de conocimientos nuevos que permitan mejorar cada día nuestro ejercicio profesional para beneficiar a nuestras comunidades.

Con relación al presente caso el paciente fue muy receptivo y colaborador durante el tratamiento terapéutico, quien permitió llegar hasta la etapa final, con la remisión de la mayoría de los síntomas, logrando que volviera a ser funcional en todas las áreas de su vida, sin embargo se encontró dificultades para cumplir el objetivo terapéutico de trabajar con su red de apoyo, estrategias de acercamiento que permitan mejorar sus relaciones familiares, la comunicación y como resultado se fortalezca su autoestima, por cuanto fueron citados en varias oportunidades y no asistieron, el paciente igualmente manifestó no querer vincular a sus padres en su proceso psicológico y dejar con ellos las cosas tal y como estaban.

Otra dificultad que tuve durante mi proceso de práctica fue hacerla en mi sitio de trabajo, porque tuve que luchar para que se me respetara el espacio que se me había asignado para mi práctica profesional, en algunas oportunidades se presentaban actividades que coincidían con las citas que se tenían programadas y la solución que me ofrecían era cancelarlas y nunca lo permití, sin embargo esto genera malestar con los compañeros de trabajo. Mi gran recomendación es que los nuevos estudiantes no realicen su práctica en sus lugares de trabajo, para evitar este tipo de inconvenientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Urra, J (2007). SOS... Víctimas de abusos sexuales. (1ra ed.). Madrid: Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S.A).
2. Amato, MI (2007). La pericia psicológica en violencia intrafamiliar. (1ra ed.). Buenos Aires, Argentina: Ediciones La Rocca S.R.L.
3. Concalves, O (2002). Psicoterapia cognitiva narrativa, manual de terapia breve. (1ra ed.). España: Editorial desclée de brouwer, S.
4. Rubin Wainrib, B. y Bloch, E. (2000). Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. España: Desclée de brouwer. Cap 2 y 3.
5. Builes Correa, M. y Bedoya Hernández, M (2006). La Psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. Revista Colombiana de Psiquiatría, 35(4): 463-475.
6. Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 2. Madrid: Siglo XXI.
7. Llavona Uribelarrea, L. (2005). Tratamiento de los problemas conyugales combinados. En: Espada Sánchez, J.; Olivares Rodríguez, J. y Méndez Carillo, X. Terapia Psicológica: Casos Prácticos. Madrid: Pirámide. Cap. 16
8. Caballo, V. (1995). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI. Cap. 19.
9. Vallejo, M. (1998). Terapia de Conducta y Salud. Avances en Modificación y Terapia de Conducta, Técnicas de Intervención, Madrid: Cap. II.
10. Guzmán, M. (2010). Psykhe Volumen 19 No. 1, pg. 20 y 21, Universidad Católica del Norte. El perdón en relaciones cercanas: Conceptualización desde una perspectiva Psicológica e implicancias para la práctica clínica, Chile.
11. OMS, (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, Ginebra.



12. Zaso, S. (2009). Psicóloga Master en Terapia Cognitivo Conductual, Especialista en Psicoterapia, Tareas para afrontar el duelo, siguiente el planteamiento de JW, Worden. Madrid.
13. Ruiz J, Ibernón J. (1996). Sentirse Mejor, Como afrontar los problemas emocionales con la Terapia Cognitiva. ESMD, Ubeda.
14. Bas, F; Verania A. (1994). Terapia de Conducta y Salud. Terapia Cognitivo Conductual de la Depresión, Un Manual de Tratamiento. Madrid.
15. Hernández, M. (2010). “Tratamiento Cognitivo conductual de la depresión, Un análisis de caso”, Universidad del Estado de México, Centro Universitario UAEM Atlacomulco México.
16. Jaramillo, J (2001). Informe Final de Trabajo de Grado. “Distorsiones cognitivas en víctimas de violencia intrafamiliar y sexual”. Universidad Central del Ecuador. Quito.
17. Young, J. Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad: Una Aproximación Centrada en Esquemas. Tercera Edición.
18. Estupiñán, N. (2013). Módulo Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual, Especialización Psicología Clínica, Universidad Pontificia Bolivariana. Floridablanca.
19. Vásquez A. Fernández, C y Pérez, M. (2010), Técnicas de Relajación.