

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MUJERES INTERNAS EN LA  
RECLUSIÓN DE MUJERES DE BUCARAMANGA CON IDEACIÓN  
SUICIDA.

Presentado Por:

María Victoria León Rodríguez

Asesora:

Ana Fernanda Uribe Rodríguez

Universidad pontificia Bolivariana  
Programa de posgrados  
Especialización en psicología Clínica  
Bucaramanga  
2010

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MUJERES INTERNAS EN LA RECLUSIÓN DE MUJERES DE BUCARAMANGA CON IDEACIÓN SUICIDA.

**AUTOR:** María Victoria León Rodríguez

**FACULTAD:** Especialización en psicología Clínica

**DIRECTOR:** Ana Fernanda Uribe Rodríguez

### RESUMEN

El suicidio es una problemática actual, en continuo crecimiento, caracterizándose por presentar sentimientos de desesperanza y pocas proyecciones a futuro, está relacionado con diferentes trastornos mentales como lo la depresión, la ansiedad, entre otros. La población abordada fueron mujeres prisionizadas en la reclusión de mujeres de Bucaramanga, los resultados arrojados por la escala de ideación suicida de Beck, permitiendo corroborar los múltiples factores que inciden en el suicidio como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, mayor incidencia en edades inferiores a los 25 años, la importancia de las redes de apoyo, el bajo nivel académico y económico Ruiz (2007). A partir de la intervención se evidencian cambios en las subescalas características de ideación suicida e intento suicidio planeado en comparación con el grupo control. De igual forma, en los casos individuales se evidencia mayor satisfacción en la valoración global según el DSMIV. Es fundamental continuar con el programa “Conéctate a la vida” para contribuir a la disminución de la ideación y los intentos suicidas en esta población tan vulnerable por los efectos de la prisionización.

**PALABRAS CLAVES:** ideación, suicidio, internas, prisionización

## GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

**TITLE:** PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MUJERES INTERNAS EN LA RECLUSIÓN DE MUJERES DE BUCARAMANGA CON IDEACIÓN SUICIDA.

**AUTHOR:** María Victoria León Rodríguez

**FACULTY:** Especialización en psicología Clínica

**DIRECTOR:** Ana Fernanda Uribe Rodríguez

### ABSTRACT

Suicide is a current problem, in continuous growth, characterized by feelings of hopelessness and a few forward-looking, is related to different mental disorders such as depression, anxiety, among others. The female population were addressed prisonizadas in the seclusion of women from Bucaramanga, the results obtained by the scale of suicidal ideation, Beck, to corroborate the multiple factors that influence suicide as it is the consumption of psychoactive substances, higher incidence at younger ages 25 years, the importance of support networks, low academic and economic Ruiz (2007). Since the intervention is evident changes in the subscales features suicidal ideation and attempted suicide plan, compared with the control group. Similarly, in individual cases is evident satisfaction in the overall assessment according to DSM-IV. It is essential to continue with the "Connect to Life" to contribute to the decrease in suicide ideation and attempts in this population as vulnerable by the effects of incarceration.

Key words: ideation, suicide, domestic, incarceration

## Introducción

Con el pasar del tiempo el psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción a todos aquellos lugares e instituciones donde se encuentran personas que requieran de la atención psicológica, entre estos campos se encuentra el penitenciario donde es de vital importancia la intervención, debido a que las personas que residen allí se encuentran vulnerables a presentar cogniciones, emociones o conductas disfuncionales que pueden repercutir asimismo en su vida en libertad (Ruiz, 2002). Dentro de las conductas que pueden surgir como consecuencia de interpretaciones inadecuadas de la realidad, está el suicidio, el cual es una de las elecciones que actualmente puede efectuarse para “solucionar” aquello que está causando un malestar intenso, entre otras razones.

La organización mundial de la salud (2002) “calcula que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, es decir aproximadamente cada 40 segundos, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo”... (p.23). El suicidio es definido por la clasificación internacional de enfermedades mentales CIE 10 retomada por Gómez, Rodríguez, Romero, Pinilla, López, Díaz & Nossa (2002) como

“la muerte ocasionada por lesión autoinflingida informada como intencional, en esta categoría se incluye el suicidio y envenenamiento autoinflingido mediante sustancias sólidas o líquidas, gases de uso doméstico, o cualquier otro gas o vapor, ahorcamiento estrangulación sofocación o sumersión, armas de fuego y explosivos, instrumentos cortantes y punzantes, precipitación desde lugar elevado, otros medios y por los no especificados o los efectos tardíos de lesiones autoinflingidas”. (p.1).

Otra definición de suicidio es la de la OMS (1976) retomada por García, & Peralta quienes aseguran que es la “muerte que resulta de un acto suicida”; estos autores definen el acto suicida como un “hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos” (p.2).

El suicidio es un problema de salud mental que requiere de una atención clínica de urgencia, ya que es un fenómeno multifactorial y letal que fluctúa de acuerdo a factores ambientales, sociales. Dentro de sus agentes causales se encuentran, factores estresantes como la pobreza, la pérdida de seres queridos, la ruptura de lazos afectivos y familiares, trastornos psiquiátricos o enfermedades médicas, problemas con los procesos legales, consumo de sustancias psicoactivas, o como una forma de huida a su situación actual, al igual que se puede afectar por problemas como antecedentes psiquiátricos familiares, entre otros, los cuales pueden incidir notoriamente en la presentación de la ideación o intención suicida. (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006).

Esta problemática influye notoriamente en el sexo masculino como concuerdan Gómez & Rodríguez, et al (2002) y la OMS (2002) concluyendo que el suicidio es más alto para los hombres que para las mujeres 3:1; el rango de edad de suicidio es de 15 a 24 años, debido posiblemente a que los hombres utilizan métodos más drásticos como el ahorcamiento, mientras que las mujeres implementan métodos más sencillos como la ingesta de sustancias o medicamentos.

Hasta este punto se ha definido el concepto de suicidio y algunos factores que repercuten en él; es indispensable ahora abordar el término de prisionización, debido a que es la temática central de este documento, pues

el proceso de práctica se llevó a cabo en la reclusión de mujeres de Bucaramanga. Respecto a la prisionización, Clemmer (1940) retomado por Pérez & Redondo (1991), refiere que es

“la asimilación por los internos de hábitos, usos, costumbres, y cultura de la prisión, así como una disminución general del repertorio de conducta de los mismos, por efecto de su estancia prolongada en el centro. Estos efectos tendrían lugar tanto durante el período del encarcelamiento de los sujetos como en su posterior vida en libertad” (p.1).

Ahora bien, estar recluso implica alejarse de las redes de apoyo y adaptarse a un nuevo contexto con infinidad de necesidades tanto físicas, como afectivas, cognitivas, sociales, estar recluso por primera vez las cuales repercuten notablemente en la conducta de algunos reclusos; llevando en ocasiones a que se generen trastornos mentales como depresión, ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de personalidad los cuales inciden en la toma de decisiones equivocadas, como por ejemplo acabar con la vida. Como se mencionó anteriormente, a causa de la prisionización algunos reclusos recurren al suicidio como evasión a sus problemáticas; esto se ve en mayor medida en individuos de menor edad, debido a su dificultad para adaptarse a esta nueva fase. (Ruiz 2002)

De la misma forma, se relacionan con el suicidio problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol aun que inciden en el suicidio, su influencia es mayor en las autolesiones que no necesariamente llevan a la muerte (intento suicida) (Ruiz, 2002). En este punto es importante resaltar que la diferencia existente entre el intento de suicidio y el suicidio como tal; radica en que en el primero se establece y ejecuta un plan sin llegar a la muerte y en el segundo se consigue acabar con la vida (García & Peralta).

Retomando el proceso de prisionalización y la relación con el suicidio, es necesario presentar a continuación las estadísticas de suicidios dentro del Instituto nacional penitenciario y carcelario Inpec, pues esta institución se encarga de velar por el bienestar de los reclusos y el cumplimiento de los procesos judiciales. En el año 2002 se presentaron 15 muertes reportadas en una población de 53.012 internos; asimismo en el 2003, se dieron 14 casos de suicidios con 62.448 internos; en el 2004, se presentaron seis suicidios en una población de 68.240 reos; en el año 2005, se evidenciaron cinco casos para una población de 67.995 internos y en el 2006, sucedieron 18 casos con una población de 60.049 internos.

Aunque en la actualidad no se tiene un registro de casos de suicidios, en el año 2009 se presentaron en la reclusión de mujeres de Bucaramanga cinco intentos de suicidio e infinidad de Autolaceraciones sin intención suicida, lo cual indica la importancia de realizar un proceso terapéutico desde la psicología con el fin de obtener cambios. Dicho abordaje clínico se realiza por medio de la terapia cognitivo-conductual, la cual permite ampliar las percepciones de las internas, desde la identificación y modificación de algunas creencias y pensamientos disfuncionales, emociones y conductas que repercuten en los índices de ideación suicida y suicidio como tal (Ruiz, 2007).

Desde la terapia cognitivo-conductual, se utilizan instrumentos que permiten identificar ideas relacionadas con el suicidio; una de ellas es la escala de ideación suicida de Beck (1979), la cual se usó durante el proceso realizado en la reclusión de mujeres de Bucaramanga.

Como conclusión de la aplicación e interpretación de datos obtenidos a través de la escala de ideación suicida de Beck, se puede afirmar que el suicidio no se limita en rangos de edad, condición social o género y además repercute notablemente en la personalidad. Por otro lado, los intentos o

pensamientos suicidas se reflejan más en las internas de menor edad y las mujeres con un nivel académico bajo, influyendo en la presentación de esta conducta. Antagónicamente las internas que poseen redes de apoyo, presentan menos pensamientos o intentos suicidas.(Ruiz,2003)

Siguiendo con el ámbito clínico desde el estudio del suicidio, se destaca que está relacionado con diferentes trastornos de atención clínica, como trastornos afectivos, de ansiedad, características obsesivas, entre otros (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006). Para este apartado se aborda el más representativo: la depresión, definido como un cambio recurrente en el estado de ánimo el cual se relaciona con síntomas cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos repercutiendo en los diferentes campos de acción de los afectados (DSM-IV-TR, 2003).

Algunos autores refieren que la depresión es el resultado de estímulos externos estresantes, que se puede presentar como episodio único o una serie de episodios, los cuales deterioran el funcionamiento del individuo, teniendo como objetivo el suicidio (Caballo, 2002). Igualmente los pacientes con depresión se caracterizan por presentar la triada cognitiva en donde se tiene una percepción negativa sobre sí mismo, los otros y el futuro, por lo cual la motivación para alcanzar logros es mínima, desarrollando desesperanza y pocas proyecciones, alterando todos los procesos, queriendo dar fin al sufrimiento a través del suicidio(Beck, 1983).

Con base en lo anterior, Beck (1983) afirma que “dado a que la tendencia al suicidio es un problema prevalente y potencialmente letal en los pacientes depresivos, es importante que el terapeuta comprenda por qué el paciente está considerando una solución tan drástica. De esta manera, el terapeuta estará en mejor posición para seleccionar las técnicas más adecuadas y eficaces para tratar este problema concreto” (p. 191).



En lo que se refiere a la forma de intervenir psicológicamente esta problemática, específicamente la depresión y el suicidio, se trabaja desde el enfoque cognitivo-conductual, el cual es definido por Beck (1983) como:

“Un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.), se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo” (p.13).

Asimismo Caballo (2002) expresa que

“el enfoque que se adopta en la terapia cognitiva de la depresión normalmente una intervención a corto plazo. Los ensayos clínicos han incluido generalmente períodos de tiempo que van de 12 a 20 semanas como prueba razonable de la terapia cognitiva” (p.551).

Para aplicar este modelo terapéutico se requiere la utilización de algunas técnicas que permiten identificar pensamientos, creencias y emociones distorsionadas que llevan a la conducta disfuncional, actuando directamente en éstos con el fin de promover cambios en las ideaciones o conductas suicidas. Dicho modelo terapéutico se aplicó con su respectivo seguimiento, a un grupo de diez reclusas, de las cuales se retoman tres casos que se presentan en este informe (Ver anexo 1).

En este punto es importante resaltar que algunos autores postulan que el tratamiento farmacológico en pacientes con depresión puede ayudar a disminuir la ideación suicida, aunque se debe resaltar que el tratamiento inicialmente puede incrementar la ideación suicida, por lo cual requiere del

acompañamiento terapéutico tanto médico como psicológico posterior al inicio del procedimiento (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006).

Complementando lo relacionado con la intervención cognitivo-conductual desde las técnicas usadas para obtener la reestructuración cognitiva de las internas de la reclusión de mujeres de Bucaramanga, se trabajó el diálogo socrático, la flecha descendente, el continuum cognitivo, entre otras (Beck, 2003). De la misma manera, se usaron técnicas conductuales relajación, entre otras que complementan las técnicas cognitivas. Entre ellas se trabajó la solución de problemas que es el proceso en el cual los individuos dan una solución eficaz y oportuna a un conflicto en su vida diaria, modificando sus reacciones o el significado que se le atribuye a está (Nezu, 1987 citado por Caballo, 2002).

Diferentes autores refieren que muchos de los trastornos clínicos como depresión, ansiedad y el suicidio son resultados de una resolución inadecuada de los conflictos en el diario vivir. Otra técnica importante utilizada en este proceso es la relajación progresiva de Jacobson la cual enseña a relajar el cuerpo mediante la tensión y distensión de los músculos del cuerpo. (Caballo, 2002).

Con base en lo mencionado hasta este punto, se puede concluir que se cumplió el objetivo principal de esta práctica que consistió en evaluar e intervenir a la población identificada con ideación e intención suicida, interna en la reclusión de mujeres de Bucaramanga, con el fin de generar cambios cognitivos, emocionales y conductuales que faciliten el proceso de adaptación en la institución, para lo cual se implementaron algunas técnicas cognitivas y conductuales.

Finalmente, se puede asegurar que el suicidio es un problema actual de salud mental y pública, que se encuentra en continuo crecimiento, que no tiene límites de clasificación, es multifactorial y complejo de intervenir y que se caracteriza por presentar desesperanza y pocas proyecciones a futuro. Sumado a lo anterior, puede afirmarse que el hecho de estar prisionizado incrementa el riesgo de intentar acabar con la existencia, pues estar privado de la libertad puede generar trastornos o problemas sociales e interpersonales que llevan a tomar dicha decisión. Por esta razón, se hace indispensable la continuidad del programa presentado en esta monografía.

## Objetivos

### *Objetivo General*

Evaluar e intervenir de forma individual y grupal la ideación e intentos suicidas en las mujeres internas de la reclusión de mujeres de Bucaramanga con el fin de generar cambios cognitivos, emocionales y conductuales, que faciliten el proceso de adaptación en la institución.

### *Objetivos Específicos*

Identificar las personas que han presentado ideación suicida por medio de las escalas de ideación de suicida de Beck.

Diseñar e implementar un programa de prevención del suicidio en mujeres internas.

Intervenir individualmentelas mujeres con mayor ideación e intención suicida.

## Método

### *Sujetos*

La población trabajada en esta práctica fueron las internas de la reclusión de mujeres de Bucaramanga, la cual está constituida aproximadamente por 280 internas, a quienes se les aplicó la escala de ideación suicida de Beck SSI, con la que se identificaron aquellas internas que están presentando ideación suicida o conductas suicidas, las cuales fueron convocadas a participar en el programa de preservación de la vida. Asimismo se trabajaron los casos remitidos por profesionales de la institución; el grupo estuvo conformado por aproximadamente 15 personas, las cuales fueron atendidas en terapia individual con una duración de seis a ocho sesiones de 45 minutos cada una. Además se realizaron seis talleres de psicoeducación y estrategias de afrontamiento de la problemática en mención, con una duración de dos horas cada uno (Ver apéndice B).

### *Instrumentos*

Con el fin de llevar a cabo la práctica en cuestión, se aplicó el Inventario de depresión de Beck (1961), (BDI) que es un instrumento de evaluación de síntomas depresivos según el DSM-IV, apto para adolescentes y adultos, el cual se administra de forma individual, colectiva y autoadministrable, se utiliza para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión. Dada su probada validez, el BDI se ha aplicado tanto en poblaciones clínicas como no clínicas; esta prueba consta de 21 ítems que tienen como único objetivo identificar los síntomas de la depresión.

Igualmente se usa la escala de ideación suicida (SSI) de Beck, (1979) que es una escala de heteroaplicación, para cuantificar y evaluar la

intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse; tiene algunas adaptaciones al castellano, es una escala de 19 ítems, que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de la entrevista. Esta escala se subdivide en las temáticas de actitud hacia la muerte, pensamientos, deseos suicidas, proyecto de intento suicida, realización del intento proyectado y antecedentes de intentos previos de suicidio, las cuales a su vez se subdividen en ítems que miden cada una de estas categorías (Ver anexo 3).

### *Procedimiento*

El procedimiento llevado a cabo en la reclusión de mujeres, inició con la fase de valoración en la cual se aplicó la escala de ideación suicida de Beck (1979) a la mayor cantidad de reclusas, de las cuales se identificaron aquellas que obtuvieron puntuaciones superiores. Seguidamente se realizó el proceso de convocatoria y vinculación al programa *conéctate a la vida*.

En cuanto a las intervenciones se dio comienzo a la terapia con las pacientes interesadas, al igual que con los casos urgentes remitidos por profesionales de la institución, con las cuales se realizó el proceso de diligenciamiento de los datos básicos y se generó confianza y *rapport*, estructurando los objetivos de la terapia e iniciando a las pacientes en la terapia cognitiva. Seguidamente en la fase de intervención se realizaron los talleres contruidos para el logro de los objetivos en el proceso formativo.

Por otro lado, la intervención individual se abordó desde el enfoque cognitivo conductual, dando inicio al plan de trabajo y cumplimiento de las metas terapéuticas. Finalmente se aplicó por segunda vez al grupo control y experimental la escala de ideación suicida de Beck (1979), después de un

mes de la aplicación con el fin de verificar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

### *Diseño o metodología*

La metodología utilizada con el fin de alcanzar los objetivos de la práctica es cuasi-experimental ya que se realizó a un grupo natural, específicamente las internas de la reclusión de mujeres de Bucaramanga; además se dio uso a las variables pre-post como medidas de antes y después de la intervención y se utilizó un grupo cuasi control (Montero & León, 2002).

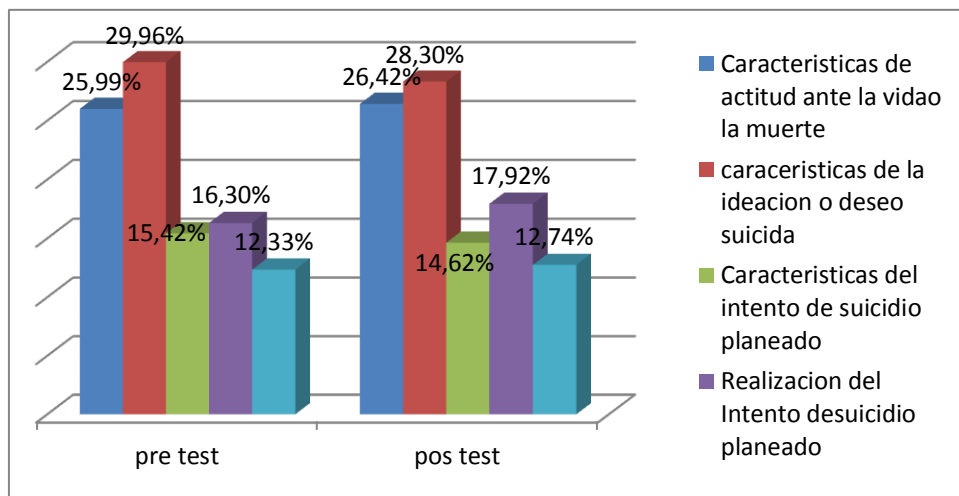
## Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos para las internas identificadas con la escala de ideación suicida de Beck (1978), a quienes se les aplicó el ciclo de talleres, esta muestra está constituida por 24 reclusas, de las cuales la mediana de edad fue de 32,8 años (Desviación Estándar 12.1). La mayoría de las participantes un 75% indicaron ser solteras, seguidas de las que viven en unión libre con 25%. En cuanto al nivel educativo, 15 indicaron haber cursado sin finalizar la primaria con 62.5% y 6 sin culminar la secundaria un 25%. En relación con la identificación religiosa, los sujetos se distribuyeron en un 70.83% en su mayoría católicos y el 20.83% no pertenecen a ningún grupo religioso. Por otra parte, el porcentaje de la ocupación laboral correspondiente al 33.3% se dedicaba al comercio, continuando con oficios varios 25% y amas de casa 16.6%.

En cuanto a la información recogida frente a la presentación de trastornos psiquiátricos, el 62.5% de reclusas no tienen diagnóstico psiquiátrico en oposición al 37.5% que sí lo presentan. Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, se encuentran distribuidas equitativamente, observando que el 50% consume y el otro 50% no lo hace. Para finalizar, el porcentaje de internas identificadas con la escala de ideación suicida que han presentado intentos suicidas equivale al 83.33%, en comparación con las que no han atentado contra su vida, que equivale al 16.66%.



A continuación se presentan los porcentajes obtenidos en el Pretest y pos test para el grupo experimental y control en cada una de las categorías de la escala de ideación suicida de Beck(1979), la cual se aplicó en el programa de intervención grupal denominado “Conéctate a la Vida”.

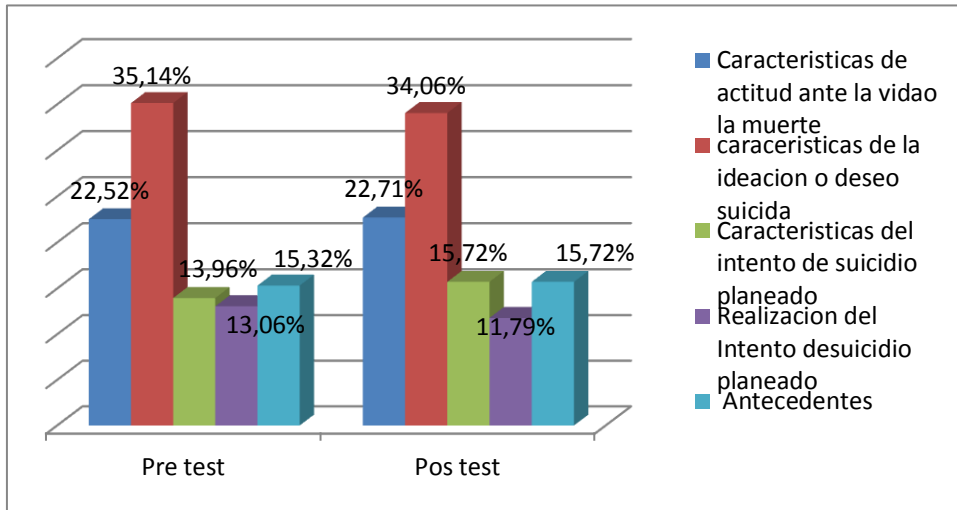


**Gráfica 1: Categorías de Escala de Ideación Suicida Grupo Experimental**

Al realizar el pos test, las puntuaciones aumentaron para las categorías de: Características de Actitud ante la vida o la Muerte (CAVM) con un aumento del 0,42% (de 25,99% a 26,42%), la Realización del Intento de suicidio (RIS) con un incremento de 1,63% (de 16,30% a 17,92%) y finalmente Antecedentes con un aumento de 0,40% (de 12,33% a 12,74%); estos resultados, en comparación con el Pretest, demuestran que aumentó en un mínimo porcentaje, la inclinación hacia la muerte en esas categorías específicamente.

Por otra parte, las puntuaciones disminuyeron en el pos test en las siguientes categorías: Características de Ideación/Deseo Suicida (CI/DS) disminuyeron en un 1,65% (de 29,96% a 28,30%) y Características de

Intento de suicidio Planeado (CISP) que disminuyeron en un 0,80% (de 15,42% a 14,62%) en comparación con el pos test.



**Gráfica 2: Categorías de Escala de Ideación Suicida Grupo Control**

En esta gráfica se presentan los porcentajes obtenidos en el Pretest y pos test para el grupo control en cada una de las categorías de la escala de ideación suicida de Beck (1979).

Al realizar el pos test las puntuaciones aumentaron para las categorías de: Características de Actitud ante la vida o la Muerte (CAVM) con un aumento del 0,18% (de 22,52% a 22,71%), la Características de Intento de suicidio Planeado (CISP) con 1,76%(de 13,96% a 15,72%) y finalmente Antecedentes con un incremento del 0,40% (de 15,32% a 15,72%).

Por otra parte las puntuaciones disminuyeron en el pos test en las siguientes categorías: Características de Ideación/Deseo Suicida (CI/DS) disminuyendo 1,07%(de 35,14% a 34,06%) y Realización del Intento de suicidio (RIS) esta disminuyo un 1,27% (de 13,06% a 11,79%).

**Tabla1: Evaluación Multiaxial**

En la Tabla 1 se encuentra la evaluación Multiaxial de cada una de los casos abordados en terapia individual.

	<b>PACIENTE 1</b>	<b>PACIENTE 2</b>	<b>PACIENTE 3</b>
<b>Eje I</b>	Trastorno relacionado con sustancias. (abuso de sustancias)  Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias tipo insomnio.	Crisis de angustia( el agente estresante es la enfermedad )  Trastorno del sueño	Trastorno relacionado con sustancias (Dependencia de sustancias)  Trastornos del sueño inducido por el consumo de sustancias tipo mixto
<b>EJE II</b>	Trastorno disocial de la personalidad.	Rasgos de personalidad ansiosa.	No aplica.
<b>EJE III</b>	No aplica.	Enfermedad cardiovascular (taquicardia miopatía o muerte súbita).	Dolores abdominales.
<b>EJE IV</b>	Problemas relativos al grupo primario de apoyo (conflictos con su figura materna por abandono durante la infancia, abuso sexual y físico, problemas con su pareja emocional).  Problemas Económicos (economía insuficiente).  Problemas relativos al ambiente social (apoyo social inadecuado, dificultades para adaptarse al proceso de prisionización).	Problemas relativos al ambiente social (dificultad para adaptarse al proceso de prisionización).  Problemas Económicos (economía insuficiente).  Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen. (Se encuentra recluida por el delito de intento de homicidio, no tiene antecedentes legales).	Problemas relativos al grupo primario de apoyo (apoyo social deficiente, su figura materna presenta problemas de salud).  Problemas económicos (pobreza extrema).  Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen. (Recluida por el delito de homicidio, recluida por delitos menores).  Problemas relativos al ambiente social (temores por adaptación a la

	Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen. (Se encuentra recluida por el delito tráfico y consumo de estupefacientes, antecedentes reclusión en centros para menores.)		libertad).
<b>Eje v</b>	Sesión 1: No se realizó EEAG Sesión 2: 12 /08/10 EEAG 65. Sesión 3: 19 08/10 EEAG 70. Sesión 4: 26 /08/10 EEAG 75. Sesión 5: 31 /08/10 EEAG 75. Sesión 6: 08 /09/10 EEAG 85.	Sesión 1: 09 07/10 EEAG 65. Sesión 2: 23 /07/10 EEAG 70. Sesión 3: 30 /07/10 EEAG 73. Sesión 4: 18 /08/10 EEAG 75. Sesión 5: 25 /08/10 EEAG 75. Sesión 6: 08 /09/10 EEAG 90.	Sesión 1: 26 07/10 EEAG 63. Sesión 2: 02/08/10 EEAG 70. Sesión 3: 23 /08/10 EEAG 73.

**Tabla 2: Similitudes y Diferencias de la Evaluación Multiaxial**

<b>Similitudes</b>	<b>Diferencias</b>
Las tres pacientes presentan problemas en el eje IV, relacionados con la interacción con el sistema legal, ya que se encuentran recluidas en un centro penitenciario, refiriendo ante esto que “adaptarse a este nuevo proceso no es fácil”. Igualmente presentan problemas económicos y relativos al ambiente social.	La paciente tres abandonó la terapia en la tercera sesión.
Las tres pacientes presentan en el Eje I trastornos del sueño.	La paciente dos es la única que presenta problemas en el eje III,

	generándosele crisis de angustia y alteraciones en el sueño y las interacciones sociales.
En cuanto a la EEAG las tres pacientes muestran similitud en todas las sesiones desde los rangos de evaluación.	La paciente uno es la única que presenta trastorno de personalidad en el eje II.
En las tres pacientes se observó mejoría respecto a la evaluación del eje V con el paso de la intervención.	La paciente dos no presenta alteraciones de sueño inducido por el consumo de sustancias psicoactivas, contrario a las pacientes uno y tres, que sí los presentan ya que estas consumen sustancias psicoactivas.
	La paciente dos es la única que no presenta en el eje V: problemas relativos al grupo primario de apoyo.

De esta tabla se puede concluir que el proceso de prisionización influye en la cognición, pensamientos y emociones, además es desencadenante de otros problemas sociales, económicos, familiares, personales entre otros, los cuales pueden incidir en la presencia de trastornos mentales, (Ruiz, 2002). Como se ve reflejado en estos pacientes, ya que las tres pacientes presentan problemas en el eje IV.

## Discusión

El proceso de práctica tuvo como objetivo principal evaluar e intervenir de forma grupal e individual mujeres internas en la reclusión de mujeres de Bucaramanga con ideación e intención suicida, a través de la terapia cognitivo-conductual.

Desde la temática central que es el suicidio, se asegura que es un problema de salud mental que amerita atención clínica de urgencia pues es un fenómeno de múltiples factores estresantes como lo son los ambientales, sociales, relacionados con pérdida de seres queridos, ruptura de lazos afectivos, familiares, trastornos psiquiátricos o enfermedades médicas (Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006). Esto se puede complementar desde la idea que maneja Ruiz (2002), relacionada con el hecho de residir bajo condiciones de privación de la libertad, genera vulnerabilidad en cuanto a la presentación de cogniciones, emociones o conductas disfuncionales que pueden repercutir asimismo en su vida en libertad. Lo anterior se pudo observar y confirmar desde la población intervenida, mediante la detección de ideación e intentos suicidas.

Aunque en la práctica no se aplicaron instrumentos para identificar trastornos del estado de ánimo, se observaron síntomas relativos a la depresión, como problemas de sueño, pérdida de apetito, llanto frecuente e ideación suicida, lo cual lleva a pensar en la presencia de esta patología en la muestra intervenida. Además se detectó un incremento mínimo en la aplicación del pretest - posttest en el grupo experimental desde las categorías de actitud frente a la muerte, intento suicida y antecedentes, aún recibiendo la intervención planteada; esto quiere decir que las intenciones suicidas aún siguen presentes.

El consumo de sustancias psicoactivas, al igual que los niveles superiores de ansiedad, depresión o estrés, inciden en la presencia de la intención suicida (Ruiz, 2002); esto se corroboró desde los datos Sociodemográficos recolectados en el trabajo grupal en la reclusión de mujeres, observando que la mitad de la muestra consume sustancias psicoactivas, situación que no fue trabajada desde la terapia. Lo anterior pudo incidir en el hecho de que al finalizar la intervención grupal con el grupo experimental, aún estuvieran presentes las ideas suicidas, Igualmente esto se ve reflejado en las pacientes abordadas en terapia individual ya que dos de las tres presentan consumo de sustancias psicoactivas incidiendo en trastornos del sueño, ideación suicida y autolaceraciones.

Ahora bien, el estar recluso implica alejarse de las redes de apoyo y adaptarse a un nuevo contexto con numerosas necesidades que repercuten notablemente en la conducta del recluso; esto lleva en muchas ocasiones a que se generen y se tomen decisiones equivocadas, como por ejemplo acabar con la vida (Ruiz, 2002). Es importante resaltar que el suicidio se caracteriza por presencia de sentimientos de desesperanza y pocas proyecciones a futuro, teniendo como finalidad la muerte, la cual usualmente está relacionada con numerosos trastornos mentales como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros (Ruiz, 2007). Por lo cual se requiere de un acompañamiento terapéutico desde el enfoque cognitivo conductual, para el cual se demanda como mínimo un número de 12 a 20 sesiones en terapia para la intervención de cualquier problemática (Caballo, 2003). Con base en lo anterior, las intervenciones realizadas en el programa de atención individual fueron seis por paciente, siendo este número reducido para abordar las problemáticas que presentaban las internas. Aunque en el proceso de terapia se procuró realizar un abordaje pertinente, el tiempo asignado al mismo no permitió un cambio significativo en la estructura mental general de las pacientes. A pesar de lo anterior, se logró la

identificación y modificación de algunas creencias centrales mediante diferentes técnicas como la flecha descendente y el dialogo socrático, entre otras.

Contextualizando lo mencionado en el párrafo antecedente con la realidad de la práctica clínica realizada, es necesario intervenir de manera individual a la población que se trabaja desde el programa grupal, que presenta patologías como depresión y consumo de sustancias; debido a que la intervención grupal en sí misma no es suficiente para abordar el control de estas enfermedades que incrementan la ideación suicida como se mencionó antes.

Otros resultados obtenidos de manera positiva en la intervención individual se centraron en la mejora de las habilidades sociales de las internas, de su autoaceptación, de sus percepciones frente a los diferentes conflictos y de su disposición frente a la terapia psicológica, lo cual se vio reflejado en el eje V, desde la EEAG, que mostró una mejoría con el paso de las sesiones.

Finalmente se concluye desde lo abordado teóricamente, que el suicidio es el resultado de la suma de variables ambientales, sociales, familiares y personales, (Ruiz, 2007, Ruiz, 2002 & Gutiérrez, Contreras & Orozco, 2006), aspecto que se reflejó en la práctica ya que los resultados obtenidos se vieron influenciados por factores como el analfabetismo, problemas visuales, traslados a otras reclusiones, consumo de sustancias psicoactivas, problemas familiares, condiciones ambientales y la baja disposición de la institución para permitir la asistencia de la población a las actividades planeadas por parte de la practicante. Lo cual se visualiza en los datos sociodemográficos identificados en la escala de ideación suicida, arrojando que la mitad de la muestra consume sustancias psicoactivas, y un



poco más de la mitad cursaron la básica primaria, lo cual incidió notoriamente en los resultados obtenidos ya que incidieron notoriamente en el curso y proceso de las temáticas abordadas.

Todos estos factores incidieron en los resultados obtenidos, pues se evidenciaron incrementos mínimos en la ideación suicida de las pacientes, incluso después de haber sido intervenidas. A pesar de esto, las intervenciones realizadas fueron relevantes, aún contando con un tiempo reducido, estipulado por la universidad para la intervención. Desde aquí, se logro entablar un precedente sobre la necesidad de llevar a cabo un proceso de intervención y seguimiento mediante cambios cognitivos, emocionales y conductuales, que faciliten el proceso de adaptación y la mejora de la calidad de vida de las internas en la institución.

## Reflexión sobre el desarrollo de la experiencia de la práctica

El ejercicio de práctica realizado en la reclusión de mujeres de Bucaramanga fue constructivo y oportuno pues permitió el aprendizaje de conocimientos necesarios para el abordaje clínico de pacientes desde la Psicología. Además facilitó la adquisición de experiencias que llevó al desarrollo de competencias profesionales y personales y fortaleció habilidades básicas para el manejo y búsqueda de información en la red.

Desde el punto de vista personal, la práctica representó un reto al inicio, debido a que la mayoría de reclusas se encontraban indispuestas ante el proceso terapéutico, manifestando dicha molestia con pensamientos como: “la terapia es para locos”, “para que voy a perder el tiempo”, “por qué tengo que contarle a otros mis problemas si a nadie le importa”. Con el pasar del tiempo se mejoró la interpretación de las participantes frente al proceso terapéutico, aunque puede asegurarse que aún queda trabajo en cuanto a la aceptación completa de los profesionales en salud mental, específicamente el psicólogo.

Continuando con la reflexión relacionada con el proceso de práctica, se afirma que fue muy corto, contando apenas con un tiempo de 100 horas distribuidas semanalmente, lo que da un total de cinco semanas. Debido a lo anterior, las problemáticas abordadas de manera individual y grupal, requiere de un proceso más profundo y un seguimiento más prolongado, consecuencia por la cual se trabajaron de manera superficial dichas problemáticas, en relación con lo que exige la terapia cognitivo-conductual, con patologías marcadas como las identificadas en la población penitenciaria.

Respecto a la intervención individual, permitió destacar a nivel personal por parte de la terapeuta, debilidades como la falta de conocimiento teórico y práctico, en cuanto a los personales creencias y pensamientos disfuncionales hacia el rol de terapeuta, las cuales fueron trabajadas asimismo desde un proceso terapéutico de psicología, igualmente se identificaron y fortalezas como la excelente estructuración de lazos de empatía y rapport con los pacientes, entre otras las cuales proporcionaron herramientas de crecimiento integral para el manejo de pacientes en clínica desde el nivel individual.

Por otro lado, la intervención colectiva generó una sensación de vacío frente a la necesidad de profundizar el trabajo con el grupo de internas, debido al corto tiempo de ejecución de dicho programa. Igualmente, se asume la interpretación, que puede ser equivocada, de que la institución no le da la importancia que amerita el trabajo por parte del psicólogo. Esto se debe a que en muchas ocasiones se le dio relevancia a otras actividades por encima de las propuestas en este programa y en varios momentos no prestaban los espacios adecuados para dicha intervención.

Respecto al acompañamiento de la asesora de práctica y la jefe directa en la institución en los procesos abordados, se permitió a la psicóloga practicante identificar errores, destacar fortalezas, aprender nuevas habilidades, realizar un estudio profundo de casos y alcanzar desde la terapia las metas propuestas. La relación establecida entre los sujetos mencionados anteriormente, se basó en la empatía, el respeto mutuo y el reconocimiento personal y profesional.

Finalmente la experiencia adquirida en la reclusión de mujeres es invaluable ya que como se mencionó anteriormente se desarrollaron habilidades y competencias en diferentes áreas de la vida de la practicante,

como el académico, personal, profesional y social, por lo cual se agradece a la institución por proporcionar un espacio que propició la ejecución de la práctica y al personal por colaborar en este proceso formativo.

## Conclusiones

De esta práctica se puede concluir que aunque el tiempo de intervención fue corto y los porcentajes resultantes no fueron los esperados, se obtuvieron datos importantes que pueden llevar a la conclusión de que la intervención es óptima desde el enfoque trabajado.

Con relación al programa de intervención individual y grupal se concluye que se adquirieron conocimientos que fortalecieron y facilitaron el desenvolvimiento de las competencias relativas al rol del psicólogo clínico.

Desde el programa de intervención individual se realizó la labor desde el enfoque cognitivo conductual, lo cual fortaleció la experiencia en cuanto a la aplicación de las técnicas que enmarcan este enfoque como el diálogo socrático, el continuum cognitivo, la flecha descendente, la solución de problemas, la toma de decisiones y la relajación. Esto generó la iniciativa permanente de actualización por parte de la practicante y la expectativa por parte de la institución de contar con los servicios de un profesional en psicología.

Ahora bien, la intervención individual promovió la identificación y modificación de creencias y pensamientos relacionados con el suicidio, que era el tema central de la práctica. Lo anterior motivó cambios positivos, que aunque no fueron significativos en porcentajes, mostraron que la terapia cognitivo-conductual funciona en este tipo de pacientes.

Por otra parte, el programa de intervención grupal denominado “Conéctate a la vida”, se propuso como estrategia de prevención contra el suicidio, abordando temáticas de psicoeducación en suicidio, solución de problemas, toma de decisiones y proyecto de vida. De este programa se

puede concluir que el grupo experimental mostró cambios más favorables luego de la intervención que el grupo control. Es necesario aclarar que dichos cambios no fueron significativos en porcentajes, probablemente debido al tiempo de ejecución del programa asignado desde la Universidad para la realización de la práctica clínica y la baja participación por parte de algunas internas, por diversos motivos (personales e institucionales).

En definitiva el proceso de práctica fue doblemente constructivo ya que se desarrollaron competencias y fortalezas tanto en el trabajo grupal como en la terapia individual, lo cual es favorable en el desarrollo como terapeuta.

## Recomendaciones

Al ser el suicidio una problemática que requiere de un acompañamiento y seguimiento constante debido a que las variables ambientales juegan un papel primordial, reforzando la presencia de aquellos pensamientos y posteriores intenciones suicidas, se recomienda la continuidad del programa en dicha población.

En cuanto al proceso grupal se debe tener en cuenta que al encontrarse recluida la población intervenida y alejada de sus redes de apoyo, por lo que suelen perder la motivación con facilidad, es primordial que se realicen trabajos dinámicos, atractivos, con un lenguaje y explicación adecuada a la cultura y nivel académico de las asistentes.

Respecto al espacio brindado para la ejecución de los talleres en la reclusión de mujeres, es recomendable organizar el tiempo asignado a cada actividad desde las diferentes áreas profesionales, con el fin de que no se crucen dichas actividades, cancelando alguna de ellas. Igualmente se recomienda organizar la prestación de medios audiovisuales para evitar la ausencia de los mismos en las actividades planeadas.

## Referencias Bibliográficas

Beck .A. T, Kovacs, M, y Weissman,A., (1979) a assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47, 343-352

Beck, A, Rush J, Shaw, B & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Beck. J. (2003). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*.Barcelona: Gedisa.

Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo V Editores sa.

Caballo, V. (1998). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: siglo XXI Editores

First, M. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México, D.F.: Masson

Gómez, C., Rodríguez, N., Romero, L., Pinilla, C., López, E., Díaz, N.& Nossa, N. (2002). Suicidio y lesiones autoinflingidas Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXI, 92-93.

Gutiérrez, A., Contreras, C.,& Orozco, R., (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, 29,68-73.

García, E & Peralta, V. Suicidio y riesgo de suicidio recuperado el 14 de marzo de 2010. Del sitio



<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>

Montero, I, León, O (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista internacional de psicología clínica y de la, 2, 505-506.*

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2002), Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la salud, 23-24

Pérez, E & Redondo, S (1991) *Efectos psicológicos de la estancia en prisión.*

Recuperado 28 de septiembre de 2010 del sitio Papeles del psicólogo de febrero

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=485>

Posada, J, Rodríguez, M, Duque, P, Garzón, A (2007), prevalencia de factores de riesgo de comportamientos relacionados con suicidio en el estudio nacional de salud mental, Colombia 2003, *universidad colegio mayor de Cundinamarca, 5, 86-90.*

Ruiz, J. (2007) síntomas psicológicos, clima emocional. Cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista latinoamericana de psicología, 39, 547-561*

Ruiz, J, Gómez, I, Landazábal, M, Morales, S, Sánchez, V & Páez, D (2002) Riesgos de suicidio en prisión y factores de riesgo de suicidio en prisión y factores asociados un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista Colombiana de psicología, 011, 99-114*

# ANEXOS

## Anexo 1

### CASO N° 1 L.A

#### 1. Datos Sociodemográficos

Nombre: **L A**

Género: Femenino

Cedula de ciudadanía: 1098762165

Dirección: calle 20 n° 12-90 Aurora

Teléfono: 6879654

Fecha de nacimiento: 16 septiembre 1989      Edad: 20 años

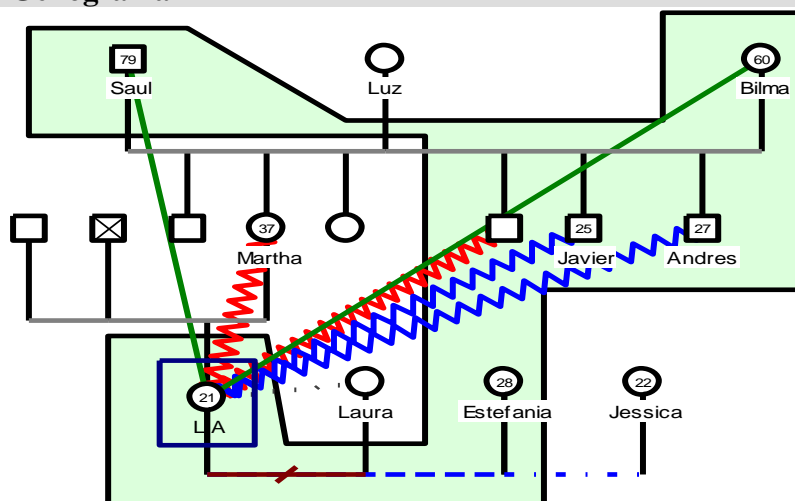
Escolaridad: tercero de primaria

Estado civil: soltera

Número de hijos: ninguno

Ocupación: comercio

#### 2. Genograma



#### 3. Motivo de consulta

Remisión de profesionales de la institución, por constantes autolesiones y laceraciones en las muñecas.

#### 4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- Trastorno relacionado con consumo de sustancias psicoactivas (poliadicción, marihuana, perico, bazucó, lorazepam)
- Delincuencia dentro del establecimiento (robo, conflictos con sus compañeras).
- Autolaceraciones.

## 5. Descripción historia de vida

La paciente relata que nunca ha vivido con sus figuras paternas ya que desde muy corta edad ha vivido con su abuelo materno y su madrina (esposa del abuelo); tiene una relación lejana y distante con sus hermanos, la paciente relata que fue maltratada reiteradamente por su familia adoptiva, lo cual según conclusiones de la paciente la llevaron al consumo de marihuana y bóxer al igual que a la delincuencia

## 6. Ciclo de vida

Se encuentra en el ciclo de la adultez joven

### Embarazo / Parto:

No tiene conocimiento

### Infancia:

La paciente comenta que desde los 2 años de edad vive con su abuelo ya que su figura materna la dejó con éste, su madrina la maltrataba, y la obligaba hacer las labores de la casa, mientras los hijos de éste matrimonio abusan sexualmente de L.A a la edad de 9 años decidió que no quería seguir estudiando, por lo cual no terminó la primaria y su madrina la castigó severamente; acto por el cual ella se fue de la casa y se fue a vivir a un hotel con otra mujer, con la cual inició en el consumo de sustancias psicoactivas (marihuana), en reiteradas ocasiones su madrina la fue a buscar y ella volvió a la casa pero de nuevo volvía al hotel.

### Adolescencia

Viviendo en el hotel conoció a otra mujer con la cual empezó en el hurto, estuvo recluida en dos ocasiones en reclusiones de menores. Antes de ser recluida estaba viviendo en un hotel en el centro y la capturaron robando en el centro y con porte de sustancias

## 7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, academia. etc....)

CONTEXTO	DESCRIPCIÓN
<b>Familia</b>	Su estructura familiar está compuesta por su abuelo, madrina e hijos de la pareja, su estructura familiar es conflictiva, el estilo educativo es autoritario, además ausencia de figuras paternas.
<b>Social</b>	La paciente comenta que no tiene problemas para interactuar con otras personas, además expresa que se le facilita hacer amigos, y vínculos afectivos, aunque se considera una persona que le gusta estar sola para evitar conflictos con sus compañeras.
<b>Ocupacional</b>	La paciente no ha tenido un empleo formal, pero de acuerdo a lo indagado tiene habilidades como el análisis, observación, toma de decisiones, agilidad, entre otras que eran utilizadas para el hurto.
<b>Salud</b>	Actualmente la paciente no presenta enfermedades médicas

<b>Recreación</b>	La paciente refiere que no tiene ningún hobby, ni practica ningún deporte, expresa que la única forma de distraerse es ver televisión.
<b>Sexual</b>	La paciente tiene orientación homosexual, en el curso de la terapia la paciente ha tenido dos parejas y una que tiene fuera de la institución, la paciente comenta que ella siempre ha tenido parejas del mismo sexo
<b>Academia</b>	La paciente comenta que no le gusta estudiar y no tiene intenciones de terminar sus estudios básicos, estudio hasta tercero de primaria

## 8. Análisis funcional

### a. Antecedentes (lejanos y próximos)

Al iniciar la terapia se realizaba Autolaceraciones cada ocho días, los motivos por los que se autogredía eran por discusiones con su pareja, o cuando quiere manipular a la guardia. La última autolesión fue el 28 de julio porque su pareja recibió la visita conyugal, ésta última herida fue más profunda en comparación con las anteriores, desde la última fecha no se autolacerado.

### b. consecuencias (hipótesis moleculares)

La paciente no percibe las consecuencias, de sus autolesiones, y comenta que no le duele y siempre logra lo que quiere.

### c. Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual)

	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Después</b>
<b>Respuesta fisiológica</b>	Antes de autolesionarse, su ansiedad se incrementa, se tensiona, no puede dormir y pierde el apetito,	Su ansiedad se incrementa, se tensiona	Descansa, puede dormir tranquila
<b>Respuesta cognitiva</b>	Piensa que si se corta se le va a quitar ese sentimiento	Piensa ahora si puedo estar tranquila, vamos a ver como reaccionan	Piensa que si se corta se le va a quitar ese sentimiento
<b>Respuesta Conductual</b>	Prepara el lugar y lo necesario para hacerlo	Se aísla.	Prepara el lugar y lo necesario para hacerlo

## 9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

### Factores de predisposición

La paciente no tiene antecedentes familiares para autolesionarse.

### Factores de Adquisición

Las autolesiones las adquirió estando en centros de reclusiones para menores, ella comenta “muchos de mis compañeros lo realizaban y yo empecé por curiosidad y me quedo gustando ya que mis compañeras me contaban lo que sentían”, se podría concluir que lo adquirió por modelamiento y moldeamiento, de pares.

**Factores de mantenimiento**

Obtiene ganancias secundarias como la atención, soluciona conflictos y manipulación, dentro de los factores personales se encuentran distorsiones cognitivas, baja autoestima y no posee estrategias de afrontamiento funcionales, además el contexto en el que se desenvuelve es de delincuencia y consumo.

**Factores desencadenantes:**

Usualmente el factor desencadenante son las discusiones con su pareja, o personas importantes para ella, al igual que problemas con la guardia.

FECHA	ANTECEDENTES			DURANTE			DESPUES		
	Piensa	Siente	Hace	Piensa	Siente	Hace	Piensa	Siente	Hace
19/08/10	Me voy a vengar Ella cree que me puede manipular Me voy a cortar	Rabia Angustia tristeza	Busca la cuchilla	Paro cuando salga sangre	Tranquilidad	Se corta	Ya que ya me corte No me duele Logre que ella se preocupara	tranquila	nada
26/08/10	Estoy sola a nadie le importo	Tristeza Rabia	Busca una cuchilla	Tengo que hacerlo para dejar de sentirme así	Rabia tristeza angustia	Se corta	Ni me acuerdo que me corte.	tranquilidad	duerme se relaja
31/08/10	Ella cree que puede jugar conmigo, es una XXXX	Rabia Tristeza Impotencia	Busca una cuchilla	Hasta que no salga la sangre no me tranquilizo	Tranquilidad tristeza	Se corta	Ni me duele cuando me corto, no me acuerdo de nada	Descanso Ganas de dormir	duerme fuma

## 10. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)

Procesos	Especificación	
<b>Biológico</b>	Consume sustancias psicoactivas No ha presentado enfermedades significativas No tiene ningún diagnóstico psiquiátrico	
<b>Aprendizaje</b>	<b>Creencias intermedias</b> Nunca nadie me ha querido ni me va a querer Debo ser superior a los otros Debo mostrarme siempre fuerte si quiero que me acepten. Nunca voy a hacer a alguien importante No se da afecto por que nadie me dio afecto	<b>Creencias centrales</b> No me quieren, No soy querible Soy defectuosa, Soy débil Soy incapaz, Van rechazarme No soy buena, Soy una fracasada <b>Distorsiones cognitivas</b> Las más utilizadas son categorización, visión en forma de túnel, personalizar, La paciente muchas de las habilidades que ha adquirido las aprendió a través de la observación, modelamiento y moldeamiento.
<b>Motivación</b>	<b>Necesidades:</b> de ser amada y tener afecto, ya que a ella se le dificulta expresar emociones, además tener procesos ocupacionales y de recreación diferentes. La principal motivación es el afectivo para la paciente el amor. <b>Sacadores:</b> el principal es el afectivo	
<b>Emoción y afecto</b>	<b>Respuesta al afecto:</b> Refiere que se le dificulta expresarle a su pareja lo que siente y ese es el principal motivo de discusiones, ya que ella considera que no sabe como decirle ya que a ella nunca le expresaron afecto. <b>Emociones:</b> LA refiere que su principal miedo es la soledad o estar sola, le da rabia que se aprovechen de ella o la defrauden, y le causa tristeza recordar todo lo que vivió cuando era niña.	

## 11. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Eje I	Eje II
Trastorno relacionado con sustancias. (abuso de sustancias)	Trastorno Disocial de la personalidad
Trastorno del sueño inducido por consumo de sustancias tipo insomnio.	
Eje III	Eje IV
No aplica	Problemas relativos al grupo primario de apoyo (conflictos con su figura materna por abandono durante la infancia, abuso sexual y físico, problemas con su pareja emocional )  Problemas relativos al ambiente social (apoyo



	social inadecuado, dificultades para adaptarse al proceso de prisionización)  Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen. ( se encuentra recluida por el delito tráfico y consumo de estupefacientes, antecedentes reclusión en centros para menores.)
<b>Eje v</b>	
12 de agosto/2010 EEAG 65 19 de agosto/2010 EEAG 70 26 de agosto/2010 EEAG 75 31 de agosto /2010 EEAG 75 8 de septiembre/2010 EEAG 85	

## 12. Objetivos terapéuticos

Reestructuración cognitiva de creencias y pensamientos disfuncionales con los que se disminuyen las Autolaceraciones

## 13. Plan de intervención.

### Sesión 1:

Se indagó con la paciente sobre el motivo de consulta, se construyó la historia de vida y datos relevantes, se realizó un proceso de confianza y rapport y se inició al paciente en la terapia cognitiva.

### Sesión 2:

Se continuó en la construcción de la historia de vida, se introdujo al paciente en el modelo cognitivo, se le enseñaron algunas distorsiones cognitivas aquellas más utilizadas, se explicó al paciente los Autoregistros y se dejaron como tarea.

### Sesión 3:

Se construyeron con el paciente los objetivos terapéuticos y se revisaron las expectativas hacia la terapia, Se continuó trabajando el modelo cognitivo y se terminaron de explicar las distorsiones cognitivas, se revisaron los Autoregistros, se realizaron correcciones, se le dejó como tarea el Formulario Puente entre sesiones. Beck J. (2003).

### Sesión 4:

Se realizó una breve retroalimentación de la sesión anterior, se revisaron las tareas con sus respectivas correcciones y se explicó el interrogatorio de pensamientos automáticos y se le establece como tarea. Se prosiguió a desmontar pensamientos disfuncionales identificados en las sesiones anteriores; se realizó la retroalimentación de lo obtenido en la terapia se recordaron las tareas y se acordó próximo encuentro.

### Sesión 5:

Se revisaron las tareas, se estableció plan para esa sesión, se prosiguió a desmontar una creencia central identificada en sesiones anteriores, se construyo una tarjeta de apoyo y se dejó como tarea la lectura de ésta, se realizó la retroalimentación de la terapia.

### Sesión 6:

Se revisaron las tareas, se continuó desmontando las creencias centrales identificadas en la terapia, específicamente la creencia “soy incapaz”, en esta se implemento la técnica

de flecha descendente, continuo cognitivo y dialogo socrático, se construyo tarjeta de apoyo, se acordó leer como tarea.

**Sesión 7:**

Se acordó dar fin a la terapia, se converso con la paciente sobre posibles recaídas y las estrategias aprendidas en la terapia, se realizo juego de roles, se acordó leer las tarjetas cuando ella considere oportuno al igual que los Autoregistros.

SESION	OBJETIVO	TEMA	TECNICA	METODOLOGIA	INDICADORES O RESULTADOS
1	Construir la historia de vida de la paciente	Historia de vida	Entrevista	Mediante el dialogo se registraron procesos específicos de cada ciclo de su vida	Se crearon lazos de empatía y rapport Se construyó la historia de vida La paciente se muestra interesada y comprometida con la terapia Al finalizar el primer encuentro la paciente refiere que esta tranquila y que aprendió muchas cosas en el proceso Se firma el acta de compromiso con la terapia
2	Introducir a la paciente al modelo cognitivo	Modelo cognitivo y distorsiones cognitivas	Terapia Cognitiva psicoeducación	Se le explicó al modelo cognitivo, y la diferencia entre pensamientos y emociones, además se profundizó en algunas distorsiones cognitivas	La paciente se muestra dispuesta e interesada La paciente formuló ejemplos de su vida diaria Al finalizar el encuentro comenta su disposición a continuar en la terapia
3	Identificar las ideas irracionales		TC. Registro de pensamientos disfuncionales	A través de preguntas se llevó a la paciente a pensar más a fondo lo que está viviendo	La paciente trae la tarea estipulada en la sesión anterior (los Autoregistros) La EEAG 70 La paciente identifica sus distorsiones cognitivas más utilizadas
4	Realizar la reestructuración	confrontar pensamientos	Registro de pensamientos	Mediante un dialogo se reestructuran los pensamientos disfuncionales identificados en	La paciente trae a sesión el Registro de pensamientos disfuncionales

	cognitiva	ientos disfuncionales	os disfuncionales	las sesiones anteriores; se realizo la retroalimentación	La EEAG 75 La paciente comenta que practicó la identificación de sus distorsiones cognitivas y que se ha sentido mas tranquila y se siente menos irritable.
5	Realizar la reestructuración cognitiva	Reestructurar creencias centrales	Terapia cognitiva conductual Flecha descendente	Mediante el establecimiento de un plan para la terapia, se prosiguió a confrontar una creencia central identificada en sesiones anteriores, se construyo una tarjeta de apoyo.	La paciente se muestra atenta y participativa en la reestructuración y construcción de la tarjeta de apoyo  La EEAG 75
6	Realizar reestructuración cognitiva	Desmontar creencias centrales	Terapia cognitiva Continuum cognitivo Flecha descendente	Se revisaron las tareas, se continuo desmontando las creencias centrales identificadas en la terapia, específicamente la creencia “soy incapaz”, en esta se implemento la técnica de flecha descendente, continuo cognitivo y dialogo socrático, se construyo tarjeta de apoyo, se acordó leer como tarea.	La paciente realizó la lectura de la tarjeta de apoyo  La paciente comenta que siente que ya no tiene inconvenientes para relacionarse con sus compañeras y se siente menos irritable, además comenta que siente que su nivel de autovaloración ha incrementado
7	Terminar la terapia	Fin de la terapia	Terapia cognitivo conductual Juego de roles	Se converso con la paciente las posibles recaídas y de que forma debía utilizar lo aprendido en sesiones anteriores, se realizo un juego de roles	La paciente se mostro dispuesta y participativa La paciente en el juego de roles ejecuto lo aprendido en sesiones anteriores La paciente comenta que se siente tranquila, y que le agrado mucho asistir a terapia La EEAG 85

## CASO N° 2 R.A

### 1. Datos Sociodemográficos

Nombre: **R A**

Género: Femenino

Cedula de ciudadanía: 98762165

Dirección: calle 34 n° 12-40 centro

Teléfono: 6879654

Fecha de nacimiento: 20 diciembre 1968      Edad: 42 años

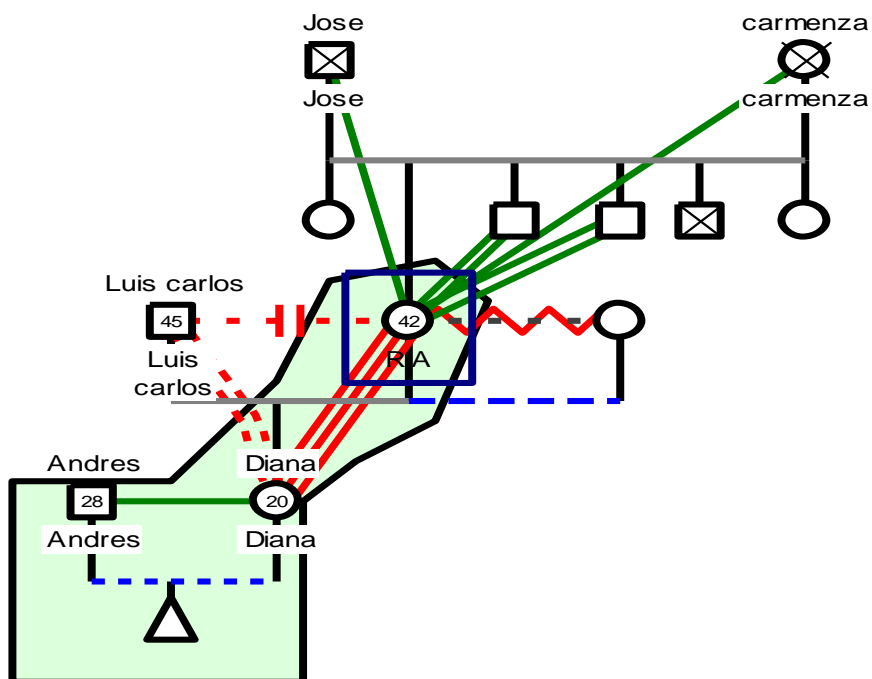
Escolaridad: Técnica

Estado civil: divorciada

Número de hijos: una

Ocupación: ama de casa

### 2. Genograma



### 3. Motivo de consulta

Remisión de profesionales de la institución, por presentar ansiedad constante y tristeza recurrente las cuales están afectando para su enfermedad medica denominada taquicardia miopatia o muerte súbita.

### 4. Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- Ansiedad (inquietud psíquica e inquietud física)
- Problemas para dormir (mantenimiento y conciliación)
- A perdido el apetito y peso
- Problemas para interactuar y socializar con sus compañeras
- Problemas cardiovasculares (taquicardia miopatía o muerte súbita)

La paciente fue diagnosticada con taquicardia miopatía hace 5 años, estando en libertad tenía buenos hábitos alimenticios, aunque al caer recluida no ha podido mantener la dieta prescrita por el cardiólogo, no practica ninguna actividad física, manifiesta que se angustia por todo, además esta presentando problemas para conciliar el sueño y a perdido apetito y peso significativamente, el estar recluida por primera vez ha repercutido en todos sus procesos emocionales, psíquicos y físicos.

## 5. Descripción historia de vida

La paciente relata que es la cuarta de seis hermanos, vivió con sus padres hasta antes de casarse, comenta que su vida en familia fue muy tranquila, actualmente mantiene relación cercana con sus hermanos, en cuanto a su núcleo familiar comenta que fue muy difícil ya que su esposo consumía alcohol y la maltrataba, pero sin embargo vivieron juntos 22 años, hasta el momento en que ella descubrió la infidelidad de su esposo, por lo cual se culmino esta relación, motivo por el cual decide asustar a la actual pareja de su esposo, esta situación se sale de control y por tal motivo se encuentra recluida en el establecimiento penitenciario por el delito tentativa de homicidio.

## 6. Ciclo de vida

Se encuentra en el ciclo de la adultez, su infancia fue tranquila y sin problemáticas significativas, a la edad de 16 años perdió a su padre, se caso a la edad de 20 años en esta unión ha sido víctima de maltratos por parte de su esposo, hace cinco años murió su figura materna, actualmente se encuentra recluida en un establecimiento penitenciario hace 4 meses.

### **Embarazo / Parto:**

El embarazo fue normal, sin ninguna alteración y el parto fue natural.

### **Infancia:**

La paciente cuenta que desde muy pequeña fue la consentida de su figura paterna, comenta que le gustaba jugar con sus hermanos, además narra que no tiene recuerdos tristes o dolorosos, todo lo contrario su infancia fue muy tranquila.

### **Adolescencia**

En cuanto a su adolescencia fue un periodo de mucha rebeldía y peleas con sus padres pero que a pesar de todo no presento problemas mayores, comenta que el momento mas doloroso de su adolescencia fue la muerte de su padre.

## Adulthood

Se caso a la edad de 20 años la relación fue armoniosa los primeros dos años luego el esposo empezó a ingerir alcohol y a maltratarla a ella y a su hija, ella comenta que sufrió mucho por que ella no quería que su hija sufriera todo lo que estaba sucediendo, rompió el vínculo afectivo con su esposo por infidelidad, actualmente se encuentra recluida en un establecimiento penitenciario.

## 7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, academia. etc....)

CONTEXTO	DESCRIPCIÓN
<b>Familia</b>	La paciente cuenta con la red de apoyo constituida por su hija y hermanos, el vínculo es cercano y afectivo, estos se interesan por salud y su cuidado.
<b>Social</b>	La paciente comenta que no tiene problemas para interactuar con otras personas, además expresa que se le facilita hacer amigos, y vínculos afectivos, aunque se considera que en la situación en la que se encuentra es mejor estar sola, en ocasiones la visitan amigos mas cercanos, no pertenece a ningún grupo de pares.
<b>Ocupacional</b>	La paciente siempre se ha dedicado hacer ama de casa, pero actualmente esta vendiendo productos de catalogo como una forma de ingreso monetario.
<b>Salud</b>	La paciente esta presentando taquicardia miopatía o muerte súbita por lo cual va hacer intervenida quirúrgicamente esta misma cirugía se le realizo hace 2 años pero persisten los síntomas.
<b>Recreación</b>	No reporta ninguna actividad deportiva, en cuanto al área ocupacional dentro del instituto penitenciario trabaja manualidades como tejidos y Fommy, fuera de la reclusión no realizaba ninguna actividad.
<b>Sexual</b>	Su vida sexual es normal, no tiene ninguna alteración o problemas significativos.
<b>Academia</b>	La paciente comenta que académicamente fue buena estudiante muy dedicada y no tenia problemas escolares, estudio una técnica en sistemas pero no la ha ejercido laboralmente.

## 8. Análisis funcional

### Preocupación por que se presente la taquicardia

#### a. Antecedentes (lejanos y próximos)

La paciente comenta que no tiene ningún antecedente psiquiátrico familiar o propio, la paciente comenta que en libertad su taquicardia no era tan constante.

### b. consecuencias (hipótesis moleculares)

La paciente no percibe que su ansiedad y su falta de control es influyendo en su salud física, la paciente se preocupa por todo lo que sucede en su contexto y en muchas ocasiones esa preocupación excesiva influye en la aparición de los síntomas.

### c. Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual)

	Antes	Durante	Después
<b>Respuesta fisiológica</b>	Agitación motora, inquietud, se tensiona, no puede dormir,	Presenta agitación motora, su cuerpo se tensiona	Después de la taquicardia queda tranquila pero a la vez sigue angustiada por cuando se volverá a presentar
<b>Respuesta cognitiva</b>	Piensa que si se presenta la taquicardia se puede morir Le puede dar un infarto y quien la ayuda Que va hacer de su hija si ella faltara Esta cansada de esa situación Cree que no va a soportar lo que esta sucediendo	Piensa que ella sabía que se volvería a presentar la taquicardia Piensa que si es que no saben que ella no puede tener sobresaltos Piensa que en la reclusión son unos negligentes que la van a dejar morir Piensa que se va a morir Que va hacer de su hija	Piensa que se salvo esta vez pero quien sabe la próxima Piensa que la vida es injusta con ella Piensa que se quiere morir No quiere seguir sufriendo con esa enfermedad.
<b>Respuesta Conductual</b>	Se inquieta, se aísla y llora	Grita, llora y se presenta la taquicardia	Se aísla de sus compañeras y llora.

## 9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

### Factores de predisposición:

No tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos pero si tiene antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.

### Factores de adquisición

Sus problemas cardiacos los tiene desde hace años de 5 años pero estos se precipitaron cuando descubrió la infidelidad de su esposo desde entonces hace dos años le realizaron la interviniéron quirúrgicamente pero aun se sigue presentando el problema cardiacos, la paciente comenta que su mamita era muy ansiosa y presentaba crisis de angustia pero que nunca le dieron un diagnostico.

### Factores de mantenimiento



Obtiene como ganancia secundaria la atención de su familia, beneficios para su proceso legal y la atención de los profesionales de la institución.

**Factores desencadenantes:**

- Infidelidad de su esposo
- encontrarse recluida por primera vez
- su hija esta embarazada y no tiene pareja
- No tiene una pareja emocional estable
- Problemas económicos

FECHA	ANTECEDENTES			DURANTE			DESPUES		
	Piensa	Siente	Hace	Piensa	Siente	Hace	Piensa	Siente	Hace
31/08/10	Me voy a morir Que va hacer de mi hija sin mi Me va a dar la taquicardia y no voy alcanzar a llegar al hospital	Rabia Tristeza Impotencia Angustia	Llora Discute con sus compañeras Se aísla	me voy a morir aquí son negligentes que va hacer de mi hija y mi nieto	Rabia Angustia tristeza	Se aísla de sus compañeras, llora y angustia y se presenta la taquicardia	Yo sabia que se iba a presentar Estoy perdida Se va a volver a presentar la taquicardia y yo nada que salgo de aquí Nunca voy a salir de aquí	Rabia Tristeza	Llama a sus hija para contarle, duerme
07/09/10	Me estoy muriendo Nunca voy a salir de aquí Mi hija me necesita Va ha nacer mi nieto y yo todavía aquí Tengo muchas deudas	Rabia Malgenio Fastidio impotencia	Discute con sus compañeras llora	Yo sabia que se iba a presentar nuevamente Me voy a morir aquí	Rabia angustia	Discute y se presento la taquicardia	Aquí no consideran que yo estoy enferma Si no me sacan de aquí me voy a morir	Rabia tristeza	Llora y llama a su familia para contarle
14/09/10	A nadie le importo Me voy a morir Que voy hacer cuando salga en libertad Luis Carlos debe estar feliz	Rabia tristeza	Llora	Me quiero morir Mi hija me necesita	tristeza	Grita y llora y se presenta la taquicardia	Mi vida no tiene sentido aquí Estoy aburrida de este martirio Me voy a morir a qui	tristeza	Llora duerme

## 9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.

### Factores de predisposición:

No tiene antecedentes de trastornos psiquiátricos pero si tiene antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares.

### Factores de adquisición

Sus problemas cardiacos los tiene desde hace años de 5 años pero estos se precipitaron cuando descubrió la infidelidad de su esposo desde entonces hace dos años le realizaron la interviniéron quirúrgicamente pero aun se sigue presentando el problema cardiacos, la paciente comenta que su mamita era muy ansiosa y presentaba crisis de angustia pero que nunca le dieron un diagnostico.

### Factores de mantenimiento

Obtiene como ganancia secundaria la atención de su familia, beneficios para su proceso legal y l atención de los profesionales de la institución.

### Factores desencadenantes:

- Infidelidad de su esposo
- encontrarse reclusa por primera vez
- su hija esta embarazada y no tiene pareja
- No tiene una pareja emocional estable
- Problemas económicos

### Factores de protección

Que tiene redes de apoyo sólidas como su hija y sus hermanos.

## 10. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)

Procesos	Especificación	
<b>Biológico</b>	No tiene ningún diagnostico psiquiátrico Tiene problemas cardiovasculares (taquicardia miopatía o muerte súbita)	
<b>Aprendizaje</b>	<b>Creencias centrales</b> Estoy indefensa Soy incapaz Soy débil Soy vulnerable Soy defectuosa Van abandonarme	Me voy a morir en cualquier momento Nunca voy a perdonar los que me hizo mi esposo Tengo que esforzarme mucho para lograr lo que quiero Tengo que buscar un esposo que me ayude sola no puedo Siempre se aprovechan de mí
<b>Motivación</b>	A la paciente la motiva la posibilidad de salir en libertad, necesita atención médica y de su familia, Su principal saciador es la Atención brindada por su familia.	
<b>Emoción y afecto</b>	<b>Respuesta al afecto:</b> expresa que después de lo que sucedió con su anterior esposo se le dificultad expresar afecto o establecer una	

	nueva relación afectiva. <b>Emociones:</b> RA refiere que su principal miedo es la soledad o estar sola, y llegar a viejita y no tener a nadie que mire por ella.
--	---

### 11. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Eje I	Eje II
	Rasgos de personalidad ansiosa
Eje III	Eje IV
Enfermedad cardiovascular (taquicardia miopatía o muerte súbita)	Problemas relativos al ambiente social (dificultad para adaptarse al proceso de prisionización.  Problemas Económicos(economía insuficiente)  Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen.(se encuentra recluida por el delito de intento de homicidio, no tiene antecedentes legales)
Eje v	
09 de julio/2010 <b>EEAG</b> 65 23 de julio/2010 <b>EEAG</b> 70 30 de julio/2010 <b>EEAG</b> 73 18 de agosto /2010 <b>EEAG</b> 75 25 de agosto/2010 <b>EEAG</b> 75 8 de septiembre /2010 <b>EEAG</b> 90	

### 12. Objetivo terapéutico

Reestructuración cognitiva de las creencias y distorsiones del pensamiento, dentro de las técnicas conductuales implementadas se le enseñó a la paciente la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

### 13. Plan de intervención.

SESION	OBJETIVO	TEMA	TECNICA	METODOLOGIA	INDICADORES O RESULTADOS
1	construir motivo de consulta	Motivo de consulta	Entrevista	Se indagó mediante la entrevista el motivo de consulta, se dejó como tarea la construcción de la historia de vida y datos relevantes	Se crearon lazos de confianza y rapport con la paciente La paciente se mostró interesada y participativa Se diligenció el acta de compromiso con la terapia La paciente se fue tranquila y dispuesta a asistir a la próxima sesión
2	Introducir a la terapia cognitiva conductual	Terapia cognitiva conductual	Reestructuración cognitiva	Se establecieron los objetivos de la terapia se introdujo al paciente en el modelo cognitivo, se le enseñaron algunas distorsiones cognitivas, se explicó a la paciente el registro de pensamientos disfuncionales y se dejaron como tarea.	La paciente construyó su historia de vida La paciente se muestra durante la sesión dispuesta y colaboradora La paciente expresa que se va tranquila <b>EEAG65</b>
3	Identificar distorsiones cognitivas	Distorsiones cognitivas		Se profundizó en el interrogatorio de pensamientos disfuncionales y el interrogatorio de pensamientos automáticos, el cual se le dejó como tarea.	La paciente trae a terapia los registros de sus pensamientos disfuncionales La paciente participa y está dispuesta a la temática <b>2010 EEAG 70</b>
4	Desmontar creencia central	Creencia central disfuncional		Se desmontó una creencia central de soy defectuosa, identificada en sesiones anteriores, se construyó tarjeta de apoyo	La paciente refiere que se siente más tranquila y percibe las cosas de una forma más tranquila <b>EEAG 73</b>

5	Instruir en técnicas de relajación	Técnicas de relajación	Técnicas conductuales	Se le enseñó a la paciente la técnica de relajación de Jacobson, y se practico durante la sesión, seguidamente se le instruyo en la técnica de relajación autógena la cual se practico, se dejo como tarea	La paciente realiza las tareas asignadas La paciente se muestra interesada y dispuesta a practicar la relajación Comenta que se sintió muy bien y que la técnica le gustó <b>EEAG 75</b>
6	Desmontar creencia central	Creencia central disfuncional	Reestructuración cognitiva	Se modifíco la creencia central de soy incapaz, mediante la técnica de flecha descendente y dialogo socrático, se construyo tarjeta de apoyo con la paciente y se acordó leerla.	La paciente asiste puntual a la terapia y se muestra dispuesta y participativa La paciente comenta que se siente menos ansiosa y no se estresa tanto. <b>EEAG 75</b>
7	Terminar las sesiones de terapia	Cerrar terapia	Terapia cognitiva conductual	Se practico la técnica de relajación aprendida en sesiones anteriores, se converso con la paciente sobre las posibles recaídas y las estrategias a utilizar para estas, se le enseñó a detener el pensamiento.	La paciente dice que controla su ansiedad, comenta que ya no se irrita tanto y esta evitando tratar de cometer los errores del pensamiento Esta realizando todas las noches y en las mañanas la técnica de relajación La paciente se muestra dispuesta y participativa. Comenta que la taquicardia en las noches ya no le da tan seguido desde que hace las relajaciones. <b>EEAG 90</b>

**Sesión 1:**

Se indagó con la paciente sobre el motivo de consulta, se estabilizó emocionalmente a la paciente, se dejó como tarea la construcción de la historia de vida y datos relevantes, se realizó un proceso de confianza y rapport y se inició al paciente en la terapia cognitiva, durante la sesión la paciente se mostró atenta, participativa y dispuesta a la terapia.

**Sesión 2:**

Se revisó la historia de vida, se estructuró el motivo de consulta, estableció los objetivos de la terapia se introdujo al paciente en el modelo cognitivo, se le enseñaron algunas distorsiones cognitivas, se explicó a la paciente el registro de pensamientos disfuncionales y se dejaron como tarea. Al iniciar la terapia se estabilizó emocionalmente a la paciente ya que se encontraba angustiada por su salud.

**Sesión 3:**

Se revisaron las tareas y sus respectivas correcciones, se estableció el plan para la sesión, se profundizó en el interrogatorio de pensamientos disfuncionales y el interrogatorio de pensamientos automáticos, el cual se le dejó como tarea, el igual que el formulario puente entre sesiones, finalmente se realizó la retroalimentación de la sesión.

**Sesión 4:**

Se estabilizó al paciente, se revisaron las tareas y sus correcciones, se profundizó en las distorsiones cognitivas, se desmontó una creencia central de soy defectuosa, identificada en sesiones anteriores, se construyó tarjeta de apoyo y se dejó como tarea la lectura, finalmente se realizó la retroalimentación.

**Sesión 5:**

Se revisaron las tareas, se le enseñó a la paciente la técnica de relajación de Jacobson, y se practicó durante la sesión, seguidamente se le instruyó en la técnica de relajación autógena la cual se practicó, se dejó como tarea para la casa practicar en las noches y en las mañanas, la paciente se mostró atenta y dispuesta a las técnicas ejecutadas en la terapia, se dejó como tarea continuar con la tarjeta de apoyo y practicar las técnicas aprendidas.

**Sesión 6:**

Se revisaron las tareas para la casa seguidamente se desmontó la creencia central de soy incapaz, mediante la técnica de flecha descendente y diálogo socrático, se construyó tarjeta de apoyo con la paciente y se acordó leerla tres veces al día y continuar con las tareas ya estipuladas.

**Sesión 7:**

Se practicó la técnica de relajación aprendida en sesiones anteriores, se conversó con la paciente sobre las posibles recaídas y las estrategias a utilizar para estas, se le enseñó a detener el pensamiento, y se acordó realizar Autoregistros y leer tarjetas de apoyo cuando ella considerara necesario.

## CASO N° 3 Z.O

### 1. Datos Sociodemográficos

Nombre: Z O

Género: Femenino

Cedula de ciudadanía: 9834572

Dirección: calle 40 n° 12-90

Teléfono: 5432178

Fecha de nacimiento: 2 noviembre 1974      Edad: 36 años

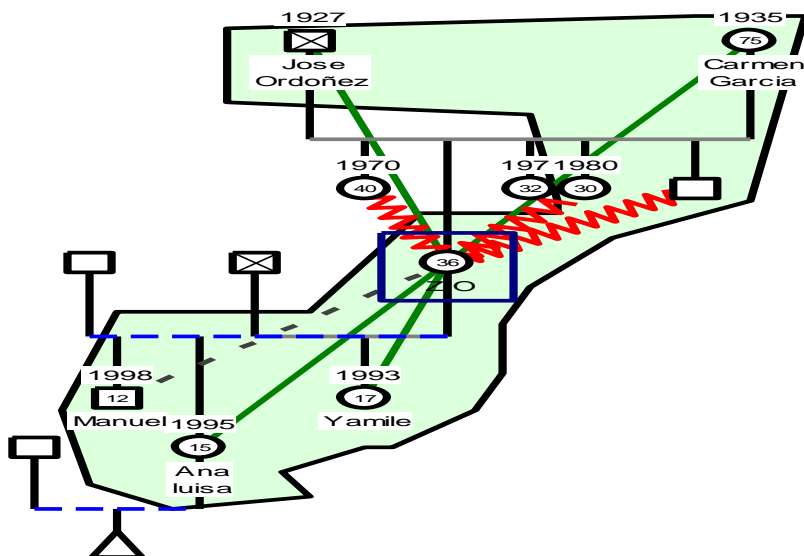
Escolaridad: segundo de primaria

Estado civil: soltera

Número de hijos: tres

Ocupación: comercio

### 2. Genograma



### 3. Motivo de consulta

Remisión propia, la paciente refiere “tristeza, irritabilidad y no concilia el sueño”

#### Listado de conductas problema. Historia y antecedentes del problema.

- Presencia de síntomas psicóticos activos( Alucinaciones visuales, alucinaciones auditivas)(agosto 6 de 2010)
- A perdido apetito
- Problemas para interactuar y socializar



- Cambios constantes del estado de animo
- Alteraciones de la sensopercepción
- Consumo de sustancias psicoactivas

Z es la primera vez que cae reclusa, lleva 10 años retenida por el delito de homicidio, esta próxima a salir en libertad, en su estancia en diferentes establecimientos penitenciarios reincidió en el consumo de sustancias psicoactivas como marihuana, perico, bazucó, y psicotrópicos, su múltiple poliadicción ha repercutido en su salud, física, psíquica y emocional y los episodios psicóticos que ha presentado están relacionados con el consumo de ella que actualmente está consumiendo marihuana.

## 5. Descripción historia de vida

La paciente relata que vivió con su figura materna hasta la edad de 11 años, y decidió irse de su casa porque víctima de maltrato por no haber terminado sus estudios básicos, se fue a vivir con un hombre y a la edad de 14 años quedó embarazada poco tiempo después terminó esta relación por maltrato físico y regresó a su núcleo familiar, comenta que toda su vida fue muy desordenada, se dedicó por algún tiempo a la prostitución y al consumo de sustancias psicoactivas; dos años más tarde quedó embarazada de su segunda hija y un año antes de ser reclusa quedó embarazada de su último hijo. Hace 10 años se encuentra reclusa en diferentes establecimientos penitenciarios del país; En cuanto al delito comenta que no es culpable porque el homicidio fue en defensa propia, sus tres hijos se encuentran con su figura materna la cual la apoya en la crianza de estos, la paciente refiere que hace como 6 meses perdió un bebé, motivo por el cual se le realizó un aborto.

## 6. Ciclo de vida

Se encuentra en el ciclo de la adultez, Z refiere que no tuvo infancia ya que fue maltratada y tenía que cumplir labores domésticas, por lo cual abandonó su hogar a muy corta edad, para trabajar en casas de familia donde fue abusada reiteradamente por sus jefes, en su adolescencia trabajó en bares y se dedicó por un tiempo a la prostitución iniciando en el consumo de sustancias psicoactivas, a sus 14 años quedó embarazada de su primera hija, no culminó sus estudios básicos, no ha establecido un vínculo afectivo estable. Durante los primeros años en prisión no tuvo red de apoyo por lo cual ella refiere se refugió en las drogas, actualmente su familia está pendiente de ella.

### **Embarazo / Parto:**

No tiene conocimiento

### **Infancia:**

Z comenta que su rendimiento académico era muy bajo y por lo cual la docente la reprendía reiteradamente motivo por el cual decidió no seguir estudiando, acto por el cual su figura materna la maltrataba y la obligaba a cumplir con las labores domésticas, a la edad de 11 años decide abandonar su hogar para trabajar en casas de familia.

### **Adolescencia**

A la edad de 14 años establece su primera relación afectiva de esta queda embarazada de su primera hija, en ésta relación fue víctima de maltrato y por tal razón se separó de éste, establece nuevos vínculos afectivos pero sin convivencia y a la edad de 16 años resultó embarazada de su segunda hija, no tiene el respaldo del padre de su hija ya que no sabe con certeza cuál es. Se dedicó durante dos años a la prostitución, además Z comenta que la mayoría de su vida fue muy desordenada ya que solo pensaba en rumba, drogas y alcohol, así mismo refiere que nunca ha asumido la responsabilidad de sus hijos.

### **Adulthood**

A la edad de 25 años quedó embarazada de su tercer hijo, con el cuál no ha tenido contacto cercano ya que al poco tiempo de tener a su hijo. Fue retenida por el delito de homicidio a un hombre aunque ella refiere que lo mató en defensa propia. Su vida en prisión ha sido un proceso difícil ya que ha estado lejos de su familia, la paciente esta próxima a salir en libertad.

## **7. Contexto (familia, social, ocupacional, recursos extrínsecos, sexual, recreacional, estado de salud, academia. etc....)**

<b>CONTEXTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Familia</b>	Su estructura familiar esta compuesta por su figura materna sus tres hijos, y su hermana menor, con los cuales tiene contacto telefónico constante, no recibe visita. El vínculo familiar es muy cercano aunque poco afectivo.
<b>Social</b>	La paciente comenta que últimamente está presentando problemas para interactuar con sus compañeras porque todo le molesta, y se irrita con facilidad por lo cual ella considera que se ha aislado.
<b>Ocupacional</b>	La paciente refiere que su vida sexual es normal, no presenta alteraciones o molestias significativas.
<b>Salud</b>	Actualmente la paciente expresa que tiene un retraso de 4 meses en su periodo menstrual por lo cual sospecha de un posible embarazo, además esta presentando molestias estomacales.
<b>Recreación</b>	La paciente no practica ningún deporte, además refiere que no tiene ningún hobby, ni practica habilidades manuales.
<b>Sexual</b>	La paciente refiere que su vida sexual es normal, no presenta alteraciones o molestias significativas.
<b>Academia</b>	La paciente comenta que estudio hasta segundo de primaria y su rendimiento académico era muy bajo, aunque ha tratado en varias ocasiones de estudiar pero no lo ha logrado ya que se cansa con facilidad.

## **8. Análisis funcional**

### **a. Antecedentes (lejanos y próximos)**

La paciente no tiene antecedentes psiquiátricos propios o familiares.

**b. consecuencias (hipótesis moleculares)**

La paciente presenta creencias centrales de abandono e incapacidad de ser amado por lo cual es importante, profundizar en estas creencias, además la paciente presenta falencias en sus habilidades sociales y su comunicación es agresiva.

**c. Sistemas de respuesta (fisiológico, cognitivo y conductual)**

	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Después</b>
<b>Respuesta fisiológica</b>	La paciente refiere que siente tensión e incomodidad	Su ansiedad se incrementa, se tensiona	Se sigue sintiendo tensionada, ansiosa
<b>Respuesta cognitiva</b>	Piensa que las otras la van a rechazar, que esta cansada de esta situación, ellas creen que me pueden tratar como ellas quieren	Piensa que creen que conmigo no se puede, esas mujeres son unas interesadas, abusivas, no respetan, ellas se creen la manda más.	Piensa que las otras no la quieren, la rechazan, cree que hablan de ella, cree que le van hacer algo
<b>Respuesta Conductual</b>	Se aísla, discute con sus compañeras	Discute, le deja de hablar a sus compañeras	Discute con sus compañeras, les deja de hablar

**9. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección.**

**Factores de mantenimiento**

La paciente no tiene proyección hacia el futuro, Continuando con los factores personales se encuentran creencias centrales de incapacidad de ser amado y abandono, su nivel de autovaloración es bajo, no posee estrategias de afrontamiento funcionales, tiene falencias con sus habilidades sociales finalmente actualmente consume sustancias psicoactivas.

**Factores de predisposición**

La paciente no tiene antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos.

**Factores de Adquisición**

Su irritabilidad e inestabilidad aumento cuando discutió con su amiga más cercana, ya que desde entonces siente que no puede confiar en nadie, actualmente presenta problemas con sus compañeras, además la mayor parte de su vida en libertad vivía en contextos de delincuencia y consumo de sustancias psicoactivas.

**Factores de mantenimiento**

Ella comenta que el discutir le ha evitado tener más problemas por que no se meten con ella o con sus cosas.

**Factores desencadenantes:**

El estar próxima ha salir en libertad, el no tener actividad ocupacional diferente a la delincuencia.

**10. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)**

Procesos	Especificación	
<b>Biológico</b>	No tiene ningún diagnostico psiquiátrico propios o familiares, en febrero de 2010 se le practico un degrado No tiene enfermedades medicas significativas	
<b>Aprendizaje</b>	<b>Creencias centrales</b> No soy querible No me quieren Soy inferior No me desean Soy mala Me quedare sola No me respetan	Nunca voy a poder volver hacer mi vida de nuevo Mi vida no tiene sentido Soy menos que cualquiera de las que esta aquí A mi nadie me quiere ni nadie me va a querer Yo no doy afecto por que a mi no me quiso
<b>Motivación</b>	Sus principales necesidades giran entorno de la necesidad de ser amada y aceptada, dentro de los Saciadores refiere que su componente emocional es lo principal ya que si ella esta tranquila con sus sentimientos puede lograr cualquier cosa.	
<b>Emoción y afecto</b>	<b>Respuesta al afecto:</b> expresa que a ella nunca le dieron afecto y por eso no le da a nadie afecto. <b>Emociones:</b> La paciente refiere que mayor parte de los días se levanta triste y sin ganas de trabajar, también comenta que en ocasiones ha pensado en suicidarse, y que últimamente ha presentado episodios de angustia y desesperación por que ya casi sale en libertad, estos síntomas están relacionados al síndrome de abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas.	

## 11. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Eje I	Eje II
Trastorno relacionado con sustancias (Dependencia de sustancias)	No aplica
Trastornos del sueño inducido por el consumo de sustancias tipo mixto	
Eje III	Eje IV
Dolores abdominales.	Problemas relativos al grupo primario de apoyo (apoyo social deficiente, su figura materna presenta problemas de salud)
	Problemas económicos (pobreza extrema)
	Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen. (recluida por el delito de homicidio, recluida por delitos menores)
	Problemas relativos al ambiente social (temores por adaptación a la libertad)
Eje v	
26 de julio/2010 EEAG 63 2 de agosto/2010 EEAG 70 23 de agosto /2010 EEAG 73	

## 12. Objetivo terapéutico

Reestructurar cognitivamente aquellas creencias y pensamientos disfuncionales que están interfiriendo en sus relaciones sociales.

## 13. Plan de intervención.

### Sesión 1:

Se indagó con la paciente sobre el motivo de consulta, se construyó la historia de vida y datos relevantes, se realizó un proceso de confianza y rapport y se inició al paciente en la terapia cognitiva.

### Sesión 2:

Se estabilizó emocionalmente a la paciente, se continuó en la construcción de la historia de vida y datos relevantes. Se introdujo al paciente en el modelo cognitivo, se le enseñaron algunas distorsiones cognitivas aquellas más utilizadas, se explicó al paciente los Autoregistros y se dejaron como tarea.

**Sesión 3:**

Se revisaron las tareas, se iniciaron y se desmontaron algunos pensamientos disfuncionales, se dejó como tarea el RPD, finalmente se realizó retroalimentación.

**Sesión 4:**

Se citó reiteradamente y la paciente no asistió por lo cual no se realizó cierre

<b>SESION</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>	<b>TECNICA</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>INDICADORES O RESULTADOS</b>
<b>1</b>	Indagar sobre el motivo de consulta  Construir historia de vida	Motivo de consulta  Historia de vida	Entrevista	Mediante el proceso de entrevista se profundizo sobre el motivo de consulta seguidamente se inicio la construcción de la historia de vida	Se crearon con la paciente lazos de confianza y rapport  EEAG 63
<b>2</b>	Contextualizar a la paciente en la terapia cognitiva	Terapia cognitiva	TC	Se continuó en la construcción de la historia de vida, se contextualizo a la paciente en la terapia cognitiva mediante carteleras, y ejemplos. Se le enseñaron algunas distorsiones cognitivas aquellas mas utilizadas, se explico al paciente los Autoregistros.	La paciente se muestra atenta y participativa  Construcción de la Historia de vida EEAG 70
<b>3</b>	Reestructurar pensamientos disfuncionales	pensamientos disfuncionales	TC Dialogo socrático	Mediante el dialogo socrático se profundizo y modificaron algunos pensamientos disfuncionales identificados en sesiones anteriores.	La paciente se muestra atenta y participativa La paciente identifica algunas de sus distorsiones del pensamiento EEAG 73

## ANEXO 2

### PROGRAMA CONECTATE A LA VIDA

#### TALLER 1: introducción al programa conéctate a la vida

#### NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Bienvenido al programa conéctate a la vida

**A. Tiempo de Duración:** Hora y Treinta minutos

**Materiales:** 6 pliegos de papel bon, 20 fotocopias, 20 lápices, dos marcadores

**B. Conceptualización:**

Es importante dar a conocer a los participantes las diferentes temáticas y actividades que se abordarán en el curso de este programa, con el fin de motivar y comprometer con el mismo.

**C. Nombre de la actividad:**

Bienvenido al programa “Conéctate a la vida”

**D. Objetivo general:**

Presentar el programa Conéctate a la vida, a las internas identificadas con puntuaciones altas en la escala de ideación suicida de Beck, mediante diferentes actividades lúdico dinámicas.

**Objetivo Específicos:**

- Identificar a las participantes del programa
- Presentar el programa con las diferentes temáticas, reglas, metodología y actividades.
- Comprometer a los participantes con el programa
- Integrar y cohesionar al grupo

**E. Metodología**

El proceso a llevar dentro de estas actividades, será dinámico y con el fin de hacer participes a las internas de las diferentes actividades y temáticas abordar.



Fecha	Técnica	Sesión	Objetivo	Temática	Actividad	Recursos	Tiempo
01/09/ 2010	Dinámica	1	Identificar a los participantes	Presentación	<b>1</b> Dinámica de presentación		15 minutos
	<u>Terapia racional emotiva</u>		Integración y cohesión grupal	Integración	<b>2.</b> Dinámica de integración	4 paquetes de papas 4 amasijos 4 manzana, bananos Vendajes Cintas	15 minutos
	Socialización		Introducir a los participantes en la temática	Presentación del programa	<b>3.</b> Introducción y presentación del programa	Marcadores Papel bon	20 minutos
	TC		Comprometer a los participantes con el programa	Compromisos	<b>4.</b> Firma de compromisos	Fotocopias de compromiso	15 minutos
					Cierre	<b>5.</b> Cierre Y conclusiones	

**Actividad uno:**

Se iniciará la actividad con la presentación de los asistentes, en la cual cada participante contará al grupo un momento muy feliz y otro muy triste de su vida, con el objetivo de conocer a los participantes y a su vez cohesionar el grupo.

**Actividad dos:**

Se realizara una actividad de integración, con el fin de motivar a los participantes al trabajo en equipo, y sensibilizarlos sobre la importancia de tener completo su cuerpo. En esta actividad el grupo se subdividirá en dos subgrupos, en cada subgrupo habrán la misma cantidad de personas con los ojos vendados, y las manos amarradas, los participantes compartirán con el resto de sus compañeros algunos alimentos, al finalizar la actividad se realizara la retroalimentación de la actividad en la cual se conversará sobre el trabajo en equipo, la importancia del cuerpo y las reflexiones que les deja esta actividad para la vida.

**Actividad tres:**

Se les explicará a los participantes las condiciones y reglas, algunas de las temáticas, ventajas y desventajas de asistir al programa, los objetivos, la metodología que se llevara a cabo en este proceso, mediante apoyo audiovisual.

**Actividad cuatro:**

Se le entregará cada una de las participantes el acta de compromiso el cual diligenciarán, con el objetivo de comprometerlas con los talleres a realizar.

**Actividad cinco:**

Mediante un conversatorio se socializará lo visto en el taller, con el fin de aclarar dudas y escuchar recomendaciones.

## TALLER 2: Psicoeducación acerca del suicidio

### NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Aprendamos más sobre el suicidio

**A) Tiempo de Duración:** Hora y Treinta minutos

**B) Materiales:** 8 pliegos de papel bon, 2 pliegos de cartulina, 20 lápices, dos marcadores.

**C) Conceptualización:**

Este taller abarca los pensamientos emociones y comportamientos desde la RET lo cual le permite a los participantes identificar sus ideaciones suicidas y a su vez generar pautas de concientización.

**D) Nombre de la actividad:**

Aprendamos más sobre nuestras ideaciones suicidas

**E) Objetivo general:**

Identificar lo que piensan, sienten y hacen los participantes antes durante y después de la ideación suicida, mediante una actividad lúdica en la cual cada participante contará su experiencia, las estrategias y redes de apoyo que utilizo para evitar llevar a cabo el intento suicida.

**F) Objetivo Específicos:**

- Identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes
- Sensibilizar a los participantes sobre la red de apoyo que le respaldó y evitó en el intento suicida

**G) Metodología**

Para esta actividad se tiene en cuenta las experiencias que vivencian las internas al presentar la ideación suicida, al igual que las estrategia, redes de apoyo, fortalezas y debilidades implementadas en aquellas situaciones, esta actividad se realizara de forma lúdica mediante cuatro actividades.

Fecha	Técnica	Sesión	Objetivo	Temática	Actividad	Recursos	Tiempo
08/09/ 2010	Reestructuración cognitiva	1	Sensibilizar a los participantes sobre las redes de apoyo que poseen	Dinámica	<b>1.</b> Dinámica inicial	Papel bon Marcadores	5 minutos
	Terapia Racional Emotiva		Identificar los pensamientos emociones y conductas antes durante y después de la ideación suicida	Psicoeducacion suicidio	<b>2.</b> Conozcamos mas sobre la ideación suicida		15 minutos
			Socializar los pensamientos emociones y conductas identificadas en el proceso anterior	Socialización	<b>3.</b> socialicemos sobre la ideación suicida		40 minutos
					Cierre	<b>4.</b> Cierre y conclusiones	

**Actividad Uno:** En esta actividad a cada participante se le entregara papel bon en el cual ellos deberán dibujar el bus de su vida, y responder a las siguientes preguntas, hacia donde quiere que se dirija el bus de su vida, a quien llevara en ese bus, quien lo conducirá, que elementos no materiales llevara, usted que puesto ocupara y por que. Entre otras, seguidamente se socializara y reflexionara sobre los diferentes dibujos. El objetivo principal de esta actividad es Sensibilizar a los participantes sobre las redes de apoyo que poseen.

**Actividad Dos:**

En esta actividad se utilizarán tres colores de cartulina diferentes en los cuales se identificar los pensamientos, emociones y comportamientos antes durante y después de la ideación suicida.

**Actividad Tres:**

Esta actividad esta relacionada con la actividad anterior, en esta se socializará lo que cada participante escribió en sus cartulinas, con el objetivo de concientizar sobre las estrategias, técnicas, fortalezas y debilidades de las ideaciones suicidas.

**Actividad Cuatro:**

Mediante el juego del tingo tango los participantes aportaran las conclusiones, o preguntas sobre el taller realizado, con el fin de afianzar los conocimientos adquiridos.

## TALLER 3: Psicoeducación suicidio

### NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Conozcamos más sobre el suicidio

**A) Tiempo de Duración:** Hora y Treinta minutos

**B) Materiales:** 8 pliegos de papel bon, 2 pliegos de cartulina, 20 lápices, dos marcadores.

**D) Conceptualización:**

De acuerdo a lo consultado en diferentes artículos sobre suicidio, es primordial que los participantes tengan un conocimiento claro sobre este, sus causas, desencadenantes, entre otras por lo cual es importante que en el proceso a realizar en la reclusión de mujeres se capacite a las participantes en esta temática.

**E) Nombre de la actividad:**

Conozcamos más sobre el suicidio

**F) Objetivo general:**

Incidir en la prevención del riesgo suicida mediante un proceso de psicoeducación sobre el suicidio, con el fin de generar concientización y estrategias adaptativas de afrontamiento de estas ideaciones suicida, mediante un proceso de psicoeducación.

**G) Objetivo Específicos:**

- Profundizar en conceptos básicos sobre el suicidio
- Generar espacios de reflexión y sensibilización sobre sus ideaciones suicidad

**H) Metodología:**

De forma dinámica y participativa se espera profundizar en los conceptos básicos se suicidio, generando en los participantes procesos de reflexión y sensibilización.

Fecha	Técnica	Sesión	Objetivo	Temática	Actividad	Recursos	Tiempo
10/09/ 2010	Reestructuración cognitiva	2	Conceptualizar conceptos básicos	Conceptualización suicidio	1. Alcanza una carita	Cartulina Papel bon Marcadores cinta	15 minutos
	Reestructuración Cognitiva		Profundizar en aquellos conceptos relacionados con el suicidio		2. Dinámica inicial	Papel Bon marcadores imágenes	20 minutos
	Juego de roles		Identificar las principales consecuencias de atentar contra su propia vida	3. Representación de las consecuencias de atentar contra tu vida		30 minutos	
				Socialización	4. Conversación sobre las representaciones.		15 minutos
					Cierre de actividades	5. Cierre	

**Actividad uno:**

El objetivo de esta primera actividad es repasar lo visto en la actividad anterior y explorar los conocimientos que tiene el grupo sobre el suicidio, en esta actividad se formarán dos grupos y cada participante tomara una carita en la cual hay algunas preguntas sobre la temática a tratar, o el taller anterior al igual que algunas penitencias.

**Actividad dos:**

Mediante un conversatorio y en apoyo de carteleras se conceptualizaran términos como vida, muerte, suicidio, familia, futuro, las consecuencias de suicidio, para mi, mi familia, la sociedad, mis compañeras, que hacer en caso de emergencia.

**Actividad tres:**

Mediante un juego de roles y en apoyo de la actividad anterior, se representaran las consecuencias de atentar contra su propia vida, con el objetivo de identificar las principales consecuencias de atentar contra su propia vida.

**Actividad cuatro:**

Mediante un conversatorio se socializarán el juego de roles, con el objetivo de concientizar a los participantes sobre las consecuencias para si y los otros de atentar contra su propia vida.

**Actividad cinco:**

Finalmente se realizara el cierre se aclaran dudas y se dará fin al taller.



## TALLER 4: Solución de problemas

### NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Yo puedo solucionar mis conflictos

**A) Tiempo de Duración:** Una hora y media

**B) Materiales:** 8 pliegos de papel bon, dos marcadores, 2 octavos de Foamy, 15 Fotocopias, 15 colchonetas

**C) Conceptualización:**

“La conducta desadaptativa puede constituir el resultado de deficiencias en las habilidades y capacidades que contribuyen a la competencia social, incluyendo las habilidades de solución de problemas”. (D’ Zurilla y Nezu, 1982) citados por Caballo (1998). En otras palabras el poseer estrategias adecuadas de solución de problemas se ha aplicado en la intervención de trastornos clínicos, como depresión, ansiedad, y suicidios, entre otros por lo cual se propone abordar esta técnica con el fin de proporcionar a los participantes las herramientas necesarias para afrontar los problemas o conflictos en su diario vivir y a su vez disminuir las ideaciones suicidas.

**D) Nombre de la actividad:** Yo puedo solucionar mis conflictos

**E) Objetivo general:**

Generar estrategias adecuadas de solución de problemas las cuales a su vez repercutan en las ideaciones suicidas, mediante de técnicas, dinámicas y estudio de problemas reales.

**F) Objetivo Específicos:**

- Generar procesos de reflexión y sensibilización sobre los problemas diarios
- Entrenamiento en solución de problemas

**G) Metodología**

De forma dinámica y participativa, se espera orientar a los participantes a utilizar la técnica de solución de conflictos frente a los diferentes problemas de la vida diaria.

Fecha	Técnica	Sesión	Objetivo	Temática	Actividad	Recursos	Tiempo
15/09 2010	Reestructuración cognitiva	1	Contextualizar al grupo en el tema solución de conflictos	Solución de problemas	1. Dinámica inicial	Foamy	15 minutos
	Reestructuración cognitiva		Explicar a los participantes los conceptos básicos de resolución de conflictos		2. Aprendamos a solucionar nuestros conflictos	Papel bon Marcadores Fotocopias Lápices	20 minutos
	Reestructuración cognitiva		Identificar las estrategias que utilizan los participantes para solucionar conflictos		3. Como soluciono problemas	Fotocopias lápices	15 minutos
			Socializar las experiencias al solucionar conflictos		4. Socialización		15 minutos
	Control y activación Relajación		Enseñarles a las participantes a relajarse	Relajación	5. aprendamos a relajar nuestro cuerpo	Colchonetas	20 minutos
					Socialización	6. Que aprendí el día de hoy	

**Actividad Uno:**

Se dividirá el grupo en dos subgrupos los cuales construirán unos rompecabezas, seguidamente se socializará y se realizara la introducción a la temática solución de conflictos.

**Actividad dos:**

El objetivo de esta actividad es explicar a los participantes los conceptos básicos de solución de conflictos, mediante el apoyo de carteleras.

**Actividad tres:**

En esta actividad se formarán grupos a los cuales se les dará un caso que deben solucionar, el objetivo de esta actividad es identificar las estrategias que utilizan los participantes para solucionar conflictos

**Actividad cuatro:**

Esta actividad esta relacionada con la actividad anterior, en este se socializaran las estrategias utilizadas para dar solución a los conflictos.

**Actividad cinco:**

Se realizará con los asistentes la técnica de relajación de Jacobson, con el objetivo de que las implementen en su diario vivir y disminuyan la ansiedad para enfrentar ciertas situaciones que se les presenten.

**Actividad seis:**

Mediante un dado de preguntas se les indagara a los participantes sobre la temática tratada, y seguidamente se realizara el conversatorio para dar fin al taller.

Fecha	Técnica	Sesión	Objetivo	Temática	Actividad	Recursos	Tiempo
16/09/ 2010	Reestructuración cognitiva	2	Contextualizar al grupo sobre la temática solución de conflictos	Solución de problemas	1. Juguemos a solucionar conflictos	Papel Kraft Cartulina Marcadores	15 minutos
	Solución de problemas		Explicar el procedimiento de solución de conflictos		2. Pasos para solucionar conflictos	Papel Kraft Marcadores Imágenes	20 minutos
			Llevar a la vida diaria la técnica de solución de conflictos		3. Solucionemos nuestros propios conflictos	Fotocopias lápices	15 minutos
			Socializar la actividad		4. Compartamos nuestras experiencias		15 minutos
					5. Cierre y retroalimentación		15 minutos

**Actividad Uno:**

En la actividad jugaremos a solucionar problemas, se dividió el grupo en dos subgrupos los cuales se les entregaran una serie de actividades como crucigramas, problemas matemáticos, rompecabezas los cuales deben solucionar en el menor tiempo posible. El objetivo de esta actividad es contextualizarlos sobre el tema que se estaba trabajando en el taller anterior.

**Actividad Dos:**

En esta actividad se le explicará a los participantes de forma dinámica el procedimiento para solucionar conflictos, mediante imágenes, carteles y con un caso de la vida real. Con el objetivo de que los participantes comprendan el procedimiento de solución de conflictos.

**Actividad Tres:**

En la actividad solucionemos nuestros conflictos a cada participante se le entregará un material en el cual están todos los pasos para solucionar problemas y ellos plantearan un problema que esta viviendo y en apoyo de sus compañeros y la explicación anterior, le darán solución a dicho problema. El objetivo de esta actividad es llevar a la práctica la técnica aprendida con anterioridad.

**Actividad Cuatro:**

En esta actividad se socializará los resultados obtenidos, las fortalezas y debilidades, con el fin de fortalecer las posibles falencias.

**Actividad Cinco:**

Mediante un conversatorio se socializará lo presentado en el taller, con el fin de aclarar dudas y escuchar recomendaciones.

## TALLER 5: Proyecto de vida

### NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Me proyecto para el futuro

**A) Tiempo de Duración:** Hora y media

**B) Materiales:** 8 pliegos de papel bon, 2 pliegos de cartulina, 20 lápices, dos marcadores.

**G) Conceptualización:**

Las personas con ideación suicida presentan pocas proyecciones a futuro por lo cual es primordial construir con ellas su proyecto de vida.

**D) Nombre de la actividad:**

Me proyecto para el futuro

**E) Objetivo general:**

Generar una visión positiva de la vida del futuro y de si mismo, mediante la construcción del proyecto de vida.

**F) Objetivo Específicos:**

- Generar procesos de reflexión y sensibilización sobre el proyecto de vida
- Construir proyecto de vida

**G) Metodología**

Mediante dinámicas y diferentes actividades y en apoyo de la participación y aporte de las asistentes

Fecha	Técnica	Sesión	Objetivo	Temática	Actividad	Recursos	Tiempo
16/09/ 2010	Reestructuración cognitiva	2	Sensibilizar a las participantes sobre la importancia de construir un proyecto de vida	Proyecto de vida	1. Representemos nuestro proyecto de vida a cinco y diez años	Papel Kraft Cartulina Marcadores Revistas Tijeras	20 minutos
					2. socialización de proyectos de vida	Papel Kraft Marcadores Imágenes	20 minutos
			Construir el proyecto de vida		3. construyamos nuestro proyecto de vida	Fotocopias lápices	20 minutos
					4. Cierre		15 minutos

**Actividad Uno:**

En esta actividad se le entregara a cada participante papel bon, revistas, y marcadores y van a construir sus proyectos para dentro de cinco años, diez años en los campos social, familiar, emocional, laboral, espiritual, salud.

**Actividad Dos:**

Esta actividad esta relacionada con la anterior ya que en este se socializara mediante un conversatorio las representaciones.

**Actividad Tres:**

A cada participante se le entregara material fotocopiado donde hay una serie de preguntas para la construcción de cada proyecto de vida.

**Actividad Cuatro:**

Se realizara el cierre de la actividad mediante la dinámica del tingo tango, en la cual se les preguntara a los asistentes sobre la actividad.



## Anexo 3

### ESCALA DE IDEACIÓN DE SUICIDA

<b>fecha:</b>					
<b>Nombre:</b>					
<b>Edad:</b>	<b>sexo:</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>		
<b>Estado Civil:</b>					
<b>Escolaridad:</b>	<b>Primaria</b>	<b>Bachillerato</b>	<b>Técnica</b>	<b>Tecnológicos</b>	<b>universitarios</b>
<b>Nivel sociodemográfico:</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>		
<b>Barrio de residencia:</b>					
<b>Ocupación:</b>					
<b>Delito:</b>					
<b>Sindicado:</b>	<b>Condenado:</b>		<b>Tiempo de condena:</b>		
<b>Fecha de ingreso al establecimiento penitenciario:</b>					
<b>Consumo de sustancias psicoactivas:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>			
<b>Religión:</b>					
<b>Atentado contra su vida:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>			
<b>Diagnostico Psiquiátrico:</b>	<b>si</b>	<b>No</b>	<b>Cual:</b>		

#### **I. Características de la actitud ante la vida o la muerte**

A continuación se le presentaran un conjunto de afirmaciones. Marque con una X según su criterio y/o experiencia. No obstante se le presentaran items abiertos, se espera total sinceridad al dar solución a la escala.

##### **1. Deseo de vivir**

0. Moderado	1. Débil	2. Ninguno
-------------	----------	------------

##### **2. Deseo de morir**

0. Ninguno	1. Débil	2. Moderado o fuerte
------------	----------	----------------------

##### **3. Razones para vivir/ morir**

0. mas razones para vivir que para morir	1. Igual unas que otras	2. mas razones para morir que para vivir
--	-------------------------	--

##### **4. Deseo de intentar activamente el suicidio**

0. Ninguno	1. Débil	2. Moderado o fuerte
------------	----------	----------------------

**5. intento de suicidio de forma pasiva**

0. Tomaría precauciones para salvar la vida	1. Dejaría al azar el vivir / morir (p.e )	2.Moderado o fuerte
---	--	---------------------

Si en los 4 códigos de los ítems 4 y 5 la puntuación es 0, las secciones I, II, III, IV, puntuando 8 (no aplicable) en cada uno de los espacios codificados en blanco “()”.

**II. Características de la ideación / deseo suicida**

**6. Duración de la ideación / deseo suicida**

0. Breve, periodos pasajeros	1. Amplios periodos	2.Continuo (crónico), casi continuo
------------------------------	---------------------	-------------------------------------

**7. frecuencia de la ideación / deseo suicida**

0.Raro ocasional	1.Intermitente	2.Persistente o continuo
------------------	----------------	--------------------------

**8. Actitud hacia la ideación / deseo suicida**

0.Rechazo	1. Ambivalente, indiferente	2.Aceptación
-----------	-----------------------------	--------------

**9. Control sobre el acto suicida: actino-out/deseo**

0.Tiene sentido de control	1.control incierto	2.No tiene sensación de control
----------------------------	--------------------	---------------------------------

**10. Disuasores (“frenos”) para hacer un intento**

Activo (p.e...: familia, religión, graves secuelas si no se consume)

0.No quería el suicidio por el “freno” que tiene	1.Alguna preocupación por los “frenos”	2.mínima o ninguna preocupación sobre los “frenos”
--	--	--

(Indicar “frenos” si procede) \_\_\_\_\_

**11. razones para el intento planeado**

0.Manipular el ambiente, atraer la atención,	1.combinación de 0 y 2	2.escapar resolver problemas
--	------------------------	------------------------------

venganza		
----------	--	--

### III. Características del intento de suicidio planeado

#### 12. Método: especificidad/ planificación

0.No considerado	1.Considerado pero sin resolver detalles	2.Detalles, resueltos, bien formulados
------------------	--	--

#### 13. Método: disponibilidad / oportunidad

0.Método no disponible, no oportuno	1.Método que requería tiempo, esfuerzo/ no oportuno	2. a. Método y oportunidades disponibles	2. b. Oportunidad futura o disponibilidad del método anticipada
-------------------------------------	---	--	---

#### 14. sensación de “capacidad para realizar el intento”

0. Breve, periodos pasajeros	1. Amplios periodos	2.Continuo (crónico), casi continuo
------------------------------	---------------------	-------------------------------------

#### 16. Expentancia / anticipación del intento actual

0.No	1.Incierta	2.Si
------	------------	------

### IV. Realización del intento de suicidio

#### 17. Preparación real

0.Ninguna	1.Parcial (p.e. : empezar, a recoger comprimidos)	2.Completa (p.e.: tener comprimidos, navaja afeitar arma cargada)
-----------	---	---

#### 18. Nota suicida

0.Ninguna	1.Iniciada pero no terminada, solo ideas sobre ella	2.Completada, depositada
-----------	---	--------------------------

#### 19. “Últimos arreglos” para preparar la muerte (seguros, testamentos, donaciones)

0.Ninguno	1.Ideas sobre hacer algunos arreglos	2.Ha realizado o completado los arreglos
-----------	--------------------------------------	--

#### 20. Engaño / ocultación de la tentativa planeada

<b>0.</b> Revela las ideas abiertamente	<b>1.</b> contiene su revelación (reticente)	<b>2.</b> Intenta ocultar, engañar, mentir
---	--	--

### V. Antecedentes

#### **21. intentos de suicidios previos**

<b>0.</b> Ninguno	<b>1.</b> Uno	<b>2.</b> Mas de uno
-------------------	---------------	----------------------

#### **22. Intención de morir relacionada con el último intento (Si no es aplicable puntuar “8”)**

<b>0.</b> Baja	<b>1.</b> Moderada, ambivalente, insegura	<b>2.</b> Alta
----------------	---	----------------