

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
(SECCIONAL BUCARAMANGA)  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
Especialización en psicología clínica**

**Ps. ALBA ASTRID ROJAS GUTIERREZ**

**MONOGRAFÍA**



**Universidad  
Pontificia  
Bolivariana**

**INTERVENCION CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN  
PAUTAS DE CRIANZA**

**Ps. ALBA ASTRID ROJAS GUTIERREZ**

**ASESOR**

**Mg. ANDRES ENRIQUE ZARATE PRADILLA  
BUCARAMANGA, COLOMBIA**

**2016**

**INTERVENCION CLINICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN  
PAUTAS DE CRIANZA**

**Ps. ALBA ASTRID ROJAS GUTIERREZ**

**ASESOR:**

**Mg. ANDRES ENRIQUE ZARATE PRADILLA**

***ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA***

**2016**

## AGRADECIMIENTO

A Dios en primera instancia, quien es el dueño y guía de mi vida, quien conduce mi camino hacia el conocimiento del saber y la inteligencia.

A mis padres por ser mi inspiración y mi motor principal para salir adelante cada día.

A mis hermanas y sobrina por el apoyo fundamental y entendimiento.

A mis docentes, por darme tan fructíferos conocimientos que hacen de mí una mejor profesional.

A mis pacientes, por confiar en mis conocimientos y permitirme hacer parte de un proceso sincero y profesional.

A todas las personas que indirectamente formaron parte de este nuevo logro de crecimiento profesional y personal.

Gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	Pág. 5
ÍNDICE DE ANEXOS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
METODOLOGÍA	21
DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	22
OBJETIVOS	23
PRESENTACIÓN DE CASOS	24
INSTRUMENTOS	25
PLAN DE INTERVENCION	36
RESULTADOS	42
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXOS	48

**ÍNDICE DE TABLAS**

	<b>PAG.</b>
TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	24
TABLA 2 PRESENTACIÓN DE CASO	27

**ÍNDICE DE ANEXOS**

	<b>PAG.</b>
ANEXO A FORMATO DE RECEPCIÓN DEL CASO	48
ANEXO B FORMATO DE REMISIÓN DE CASO	49
ANEXO C FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	50
ANEXO D HISTORIA CLÍNICA	52

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** INTERVENCIÓN CLÍNICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN PAUTAS DE CRIANZA

**AUTOR(ES):** ALBA ASTRID ROJAS GUTIERREZ

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR(A):** ANDRES ENRIQUE ZARATE PRADILLA

**RESUMEN**

El objetivo principal de la práctica de la Especialización en Psicología Clínica fue desplegar conocimientos de base teórica y prácticos a partir del estudio y tratamiento de diversos comportamientos que generan malestar en los pacientes; en el caso de esta monografía se investigó sobre las pautas de crianza, las cuales ocasionan que diversos factores influyan de manera negativa afectando el desarrollo socio-afectivo de los niños, generando dificultad en sus relaciones sociales y en sus comportamientos en los diferentes contextos. También se describe el proceso de valoración e intervención del paciente, teniendo como base el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV-TR la historia, consentimiento informado firmado por la madre del menor y demás elementos a considerar desde el ámbito clínico, a su vez el plan de intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual. Los resultados del proceso de evaluación evidencian que la sintomatología conlleva a determinar una problemática en las pautas de crianza, con diferentes situaciones contrarias a una buena convivencia y relaciones interpersonales. Con la intervención realizada, desde las técnicas cognitivo – conductuales, se creó un ambiente adecuado, confiable y de compromiso por parte del paciente, su madre y demás familiares que participaron de la intervención, lo que conllevó a mejorar los comportamientos inadecuados que creaban momentos incómodos y pensamientos negativos que ocasionaban malestar familiar.

**PALABRAS CLAVES:**

Intervención, enfoque cognitivo- conductual, pautas de crianza.

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** CLINICAL BEHAVIORAL INTERVENTION FROM THE FOCUS ON GUIDELINES COGNITIVE AGING

**AUTHOR(S):** ALBA ASTRID ROJAS GUTIERREZ

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** ANDRES ENRIQUE ZARATE PRADILLA

**ABSTRACT**

The main objective of the practice of Specialization in Clinical Psychology was deployed knowledge of theoretical and practical basis from the study and treatment of various behaviors that create discomfort in patients; in the case of this monograph he was investigated on breeding patterns, which cause various factors influence negatively affecting the socio-emotional development of children, creating difficulties in their social relationships and their behavior in different contexts. The process of assessment and intervention the patient is also described, based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR history, informed consent signed by the child's mother and other elements to consider from the clinical setting, to it turns the intervention plan from the Cognitive Behavioral Model. The results of the evaluation show that the symptoms leads to determine a problem in breeding patterns with different situations contrary to good coexistence and interpersonal relationships. With the intervention from cognitive - behavioral techniques, adequate, reliable and commitment by the patient environment, her mother and other relatives who participated in the intervention, which led to improve inadequate behaviors that created uncomfortable moments created and negative thoughts that caused family problems.

**KEYWORDS:**

Intervention, focus on cognitive - behavioral, parenting guidelines.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## INTRODUCCIÓN

Esta monografía, especifica las pautas de crianza con base en una intervención cognitivo conductual, centrada en situaciones que se presentan a nivel familiar y la crianza que se da a sus hijos, teniendo en cuenta, el contexto, la cultura, la etapa del ciclo vital, situaciones externas que repercuten en ciertos comportamientos y a su vez a ciertos pensamientos automáticos los cuales no son los adecuados en diferentes situaciones que suelen convertir en un momento problema que genera conflictos a nivel familiar.

A su vez es importante identificar la influencia de los cambios culturales, económicos y sociales que caracterizan la dinámica familiar en relación con las pautas de crianza.

Según Eagleton, (2001), la crianza es la expresión de la cultura e historia de los pueblos porque a través de ella se reproducen valores, roles, significados de los sujetos y de la sociedad en su conjunto, los cuales siguen vigentes a pesar que pasa el tiempo. En una familia, la relación que se tiene entre padres e hijos y hermanos es importante para la preparación social en la vida del individuo, en caso que la familia no esté estructurada estos aprendizajes serán llevados a cabo por sus pares o con otros adultos cercanos.

Las pautas de crianza son construcciones sociales e individuales las cuales hacen evidencian o muestran el medio o el contexto en el cual se viva, las relaciones que se han construido con el paso del tiempo y el sentido o la importancia que se le da a los momentos compartidos con los hijos, determinan las pautas de crianza. Diniz y Cavenaghi (2005) destacan la familia como unidad de producción, donde cada integrante cumple un rol distinto que aporta de una manera dada a la familia, de reproducción (de individuos y valores de uso), y consumo, unidad de individuos con lazos de consanguinidad, de solidaridad, afecto y placer, es decir los lazos o vínculos que se forman a nivel familiar son a través de los roles que ejercen los diferentes integrantes de cada familia, la unión, la solidaridad y ciertos valores que atribuyen al vínculo establecido entre dos o más integrantes de la familia. Además, el grupo familiar es reconocido como el grupo primario de socialización, de valores, costumbres, cultura, es en general la primera escuela de los individuos que la conforman.

Teniendo en cuenta la problemática de este caso, es importante darle una intervención adecuada utilizando la terapia cognitiva- conductual, que es sin lugar a dudas una de las corrientes que más se ha desarrollado en los últimos años tanto nivel teórico e investigativo como aplicado.

Beck (1999), propone al paciente ser su propio terapeuta, pone énfasis en la prevención y recaída. Este aspecto es fundamental ya que obliga a ir a más allá de los problemas concretos del paciente identificando e interviniendo sobre aquellas estructuras cognitivas profundas que determinan la vulnerabilidad y dan base para prevenir alteraciones futuras, en otras palabras, el paciente aprende a conocer cómo se desarrollan sus esquemas mentales negativos, que los dispara, que los mantiene, como se perpetúan y de qué manera deben controlarse.

La intervención psicológica según Beck (1999), está basada en diversas técnicas psicológicas, a través de la cual el psicólogo clínico tiene como objetivo mejorar el estado del individuo o paciente, teniendo en cuenta sus alteraciones, ya sean, cognitivas, conductuales, psíquicas o somáticas, mediante la observación, identificación y modificación de los elementos que intervienen en el comportamiento, pensamiento, emociones, que generan inestabilidad en la persona y a su vez enseñarle habilidades o pautas adecuadas, para afrontar las diversas situaciones o problemas de su vida.

La observación es un método básico que es utilizado en los diferentes modelos de la psicología, el cual tiene como objetivo recoger datos, lo cual nos da información deliberada acerca de las conductas del paciente, lo que nos conlleva a realizar una planificación de la observación con unos objetivos concretos que permita, hacer supuestos o sacar hipótesis, no existe manipulación, solo se trata de describir para analizar un comportamiento específico, a su vez por medio de la observación podemos recopilar datos importantes para llenar o complementar el examen mental de la historia clínica.

Según el DSM-IV-TR (2002), el examen mental es un componente importante de la historia clínica que permite evaluar el estado del paciente a nivel de orientación, atención, memoria, estado del sueño entre otros y así aportar información del paciente para tener un diagnóstico más certero y preciso sobre los diferentes trastornos clínicos del paciente, se realiza cuando ya se ha obtenido información sobre el motivo de

consulta y la evolución de síntomas y signos que manifiesta, a su vez es importante realizarlo en la comodidad del paciente, aunque es algo complejo por las diferentes situaciones que lo aquejan en el momento de consulta, también es significativo que el paciente sienta que se le da la atención necesaria durante la consulta, implementando alternativas para recopilar la información del examen mental, ya sea tomando apuntes durante la terapia o recolectando esta información para el final.

Según el DSM-IV-TR (2002), el examen mental contiene diferentes elementos trascendentales para apoyar y dar más precisión al diagnóstico, entre ellos están: conciencia, lenguaje y habla, orientación, memoria, atención, pensamiento, percepción o sensopercepción, afectividad, psicomotricidad, y conciencia de enfermedad, siendo estos elementos fundamentales para verificar un componente esencial del paciente, que aporta en gran medida a un diagnóstico más completo y mayor información en la historia clínica.

La historia clínica con todos sus documentos tiene carácter confidencial. Por lo tanto, todos los profesionales que acceden a dicha información en su actividad diaria, cuentan con la obligación de mantener la confidencialidad. En caso de utilización de algunos de los datos de la historia clínica con fines docentes, epidemiológicos, etc. Debe hacerse sin revelar ningún dato que pueda identificar al paciente. I. Castro, I Gámez (1989), y también utilizar toda la información para el bienestar del paciente, teniendo en cuenta su sintomatología, datos personales, familiares y otros que atribuyen un componente significativo para su diagnóstico.

Es considerable utilizar diferentes métodos de evaluación en el paciente, partiendo desde una entrevista clínica adecuada al sujeto y a la problemática, hasta una completa historia clínica, que pueda aportar información veraz del individuo para determinar un adecuado y certero diagnóstico.

Según Froján y Santacreu (1999), la intervención psicológica en la actualidad, es una de las principales herramientas que utiliza el ser humano para lograr comprender y entender la perspectiva acerca del entorno que le rodea, dominando así de esta forma, aquellas emociones, conductas o pensamientos que conllevan a que permanezca una situación o problema, el cual puede avanzar y afligir al paciente. Según Santacreu, (2011) “el tratamiento psicológico tiene como objetivo resolver los problemas que plantea un individuo respecto a sus dificultades para adaptarse al medio en que vive.” (p. 4). Esta es una razón por la que es importante realizar un óptimo tratamiento psicológico en pacientes que asisten o solicitan un servicio de

atención psicológica, ya sea en niños, adolescentes, adultos, parejas o familias, enfocado en la información que arroja la evaluación psicológica, para así intervenir desde las diferentes técnicas, las cuales se aplican teniendo en cuenta la problemática y el sujeto a tratar, logrando así una adaptación del paciente con el mundo exterior.

La intervención en la que se soportó esta monografía, estuvo basada en el enfoque cognitivo conductual, centrandose principalmente en el cambio de pensamiento y comportamiento del individuo, según Santacreu, (2011) "El planteamiento cognitivo conductual es uno de los nombres más comunes y más ampliamente admitido por los psicólogos que recoge los conocimientos empíricamente contrastados sobre intervención y cambio del comportamiento." (p. 3) Teniendo en cuenta lo anterior se puede deducir, que el enfoque cognitivo conductual es uno de los enfoques con mayor resultado en diversas áreas, que con el paso del tiempo ha permitido demostrar que trae cambios en el comportamiento de pacientes que han sido tratados con esta intervención.

Según Vallina (2004) ; se logra entender que la terapia cognitivo conductual, interfiere en el individuo en diferentes ámbitos, como lo son su sistema de creencias, las cuales están arraigadas teniendo en cuenta su cultura y su contexto , sus pensamientos y emociones, pero también en el entorno, ambiente o realidad que le rodea, según Ballón, D ;Gamble, N & Waller-Vintar, J. (2011) "involucra la identificación de mecanismos psicológicos, pero también identifica determinantes sociales y ambientales que crean la necesidad de adaptaciones psicológicas y, a su vez, potencian los problemas que aquejan al paciente." (pág. 19)

Ya que el entorno se refiere al medio social en el cual el individuo interactúa todos los días y su experiencia como lugar de trabajo, estudio, religión, entre otras, estas experiencias tienen gran repercusión en sentimientos, en pensamientos y en conductas.

El desarrollo terapéutico con este tipo de enfoque, busca principalmente lograr cambios trascendentales en la vida del paciente, mostrando evolución en la problemática, que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desestructurarla, a su vez el desequilibrio a nivel emocional, y la interacción

en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelve el individuo, ayudando de manera significativa en la recuperación del paciente.

De esta manera, se implementó la utilización de este enfoque en la intervención y evaluación de cada caso, teniendo en cuenta el objetivo de la terapia y a quien iba dirigido, ya sea individual, grupal, familia o pareja. A su vez se generó información adecuada y estrategias a cada uno de los pacientes que solicitaron atención psicológica, frente a la problemática que los aquejaba en el momento que consultaron.

### **Terapia cognitivo – conductual**

De acuerdo a González, (2012) la Terapia Cognitivo Conductual persigue la comprensión de los procesos cognitivos que ocurren en el individuo dentro del curso de cambio conductual. Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes de aprendizaje.

Según González, (2012); Los principios esenciales del modelo cognitivo conductual pueden resumirse en: Las cogniciones como productos de carácter básicamente verbal, la sistematización del cambio cognitivo conductual requiere la reformulación o reestructuración semántica de los constructos cognitivos.

Las experiencias de interés para este modelo, tanto comportamientos manifiestos como cogniciones mediacionales, se encuentran en el plano de la realidad consciente, esto es, se conciben en función de solo un estado de la conciencia.

La conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explícitas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos. Desde el punto de vista práctico, este principio conlleva un aumento de auto atención focal del paciente en sus propias creencias y meta-cogniciones, tal como proponen la reestructuración cognitiva o la Terapia Racional Emotiva.

Según González, (2012); en la Psicoterapia Cognitivo Conductual los principios de actuación terapéutica se derivan de los hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia a los condicionamientos clásico

y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva. La acción terapéutica va más allá de manipulaciones ambientales, y utiliza intervenciones conductuales destinadas a instaurar, modificar o suprimir conductas de modelado; Role playing, entrenamiento asertivo, etc. El terapeuta toma una actitud directiva, presentándose a sí mismo como modelo explícito si es necesario, e intenta corregir activamente excesos, déficits o inadecuaciones de comportamientos manifiestos incluyendo los procesos cognitivos conscientes. Para ello, el terapeuta potencia los procesos de auto atención, instando al paciente a modificar ideas irracionales mediante estrategias de afrontamiento, reestructuración y control cognitivo.

Según Sarro (2008) la terapia cognitivo – conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos psicológicos, además es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo, adicionalmente opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente, y consta de tres (3) etapas: la evaluación, la intervención y el seguimiento. Etapas en las cuales se establece la relación que existe entre la conducta problema, situación que sucede, factores de riesgo, iniciando un proceso psicoterapéutico en el cual se diseña un tratamiento que permitirá ver la mejoría del paciente, por medio de pruebas y técnicas aplicadas, que finalmente determinaran la efectividad de los instrumentos utilizados y demás herramientas.

A su vez la Terapia cognitivo conductual utiliza metodologías estructuradas y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema, la prevención y la promoción de la salud, y maneja procedimientos cognitivos de comportamientos y experiencias con el objetivo de modificar fallas en el procesamiento de la información en diferentes trastornos (Riso, 2006).

Es importante así mismo, abordar algunos elementos cognitivos que se convierten en la razón de la teoría como tal, según Zuluaga (2003) las principales variables a que hace referencia estos elementos son: las creencias, que son consideradas reglas para la acción, proporcionadas por los padres, hermanos, maestros y demás figuras que asemejan la internalización de la personalidad y el

individuo, las atribuciones que son las explicaciones que el individuo da a un evento o suceso observado, es decir, es la que se percibe por algún acontecimiento y pensamientos, consisten en esas frases internalizadas, diálogos privados y un lenguaje interior.

Según Zuluaga (2003), ahora dentro de la corriente conceptual se incluyen los diferentes tipos de terapias como son: la terapia racional emotiva conductual Ellis, (1962), la Terapia cognitivo - conductual Beck, (1979), donde se pretende cambiar las distorsiones cognitivas que mantienen la conducta patológica; la terapia centrada en esquemas de Young (1987) la cual es considerada como una expansión de la terapia cognitiva estándar.

Es importante tener en cuenta que el Psicólogo Clínico desde el enfoque cognitivo- conductual, promueve el desarrollo del individuo y su salud mental, a su vez mejorar su ser, teniendo competencias que lo diferencien y lo hagan único.

De igual forma según la Organización Panamericana de la Salud (1995), definió que la prevención de la salud podía definirse como “un conjunto de esfuerzos realizados para anticipar eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables”. (pág. 29)

Según, Restrepo y Málaga (2001) “En otras palabras, es la suma de acciones de una población de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud colectiva e individual”.

El análisis conductual para los psicólogos clínicos es la principal herramienta para la evaluación de los problemas psicológicos mediante técnicas específicas de aprendizaje para tratar la conducta humana desadaptativa, debilitando y eliminando este tipo de hábitos y reforzando los adaptativos, señala Wolpe (1981). Este pionero de la psicoterapia por inhibición recíproca, expuso una fundamentación detallada de la formación de una amplia gama de trastornos conductuales y técnicas, que sigue hoy siendo utilizada y entre las más efectivas de la terapia de la conducta, para trastornos como ansiedad, las fobias, los problemas sexuales, las conductas obsesivas, amnesia y la histeria, La idea básica es que la ansiedad podía ser rivalizada e inhibida por una nueva respuesta antagónica. La respuesta antagónica usada comúnmente es la relajación y habiendo aprendido el paciente la técnica de

relajación se le presenta el estímulo ansiógeno de forma paulatina, de tal manera que el paciente vaya aprendiendo a relajarse ante el estímulo que provoca ansiedad o situación temida. Este método se la llama hoy en día desensibilización sistemática.

## **Pautas de crianza**

Según Eraso, Bravo & Delgado (2006) Se refiere a la crianza como el entrenamiento y formación de los niños por los padres o por sustitutos de los padres como tíos, abuelos, u otros cuidadores. También se define como los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia de los ambientes físico y social y las oportunidades de aprendizaje de sus hijos en el hogar, a su vez tienen en cuenta todas aquellas ideologías que se van creando con el paso del tiempo, también la cultura y los rituales que se han implementado.

Según Eraso, Bravo & Delgado (2006) La crianza implica tres procesos psicosociales: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza, puesto que depende de las creencias y la cultura del individuo en este caso los padres como ejerzan sobre sus hijos esas pautas que implementan. Por un lado, las pautas se relacionan con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos siendo portadoras de significaciones sociales. Cada cultura provee las pautas de crianza de sus niños que se han arraigado con el paso de los años, Por otro lado, las prácticas de crianza se ubican en el contexto de las relaciones entre los miembros de la familia donde los padres juegan un papel importante en la educación de sus hijos.

Prevalecen diferentes factores biopsicosociales que están relacionados con la salud mental de padres y personas cuidadoras que generan cierto malestar, ya sea, estrés, depresión, agresividad u otras que en cierta manera afectan las modalidades de crianza y las relaciones con los hijos, distorsionando el estado emocional, comportamental de los niños identificando así, los factores de riesgo para poder fomentar factores preventivos para la salud mental, tanto en padres, cuidadores, niños y familia.

Oliva, Parra & Arranz (2008) proponen estilos parentales relacionales asociados con el clima y caracterizados por el apoyo, el afecto, la comunicación y la promoción de la autonomía desde una perspectiva más multidimensional, no sólo de afecto y control en las pautas de crianza, que es en cierta medida lo que suelen hacer los padres, controlar en todo momento la estructura de comportamiento de los hijos, implementando ciertas pautas o reglas fijadas por años a nivel cultural y al mismo tiempo dependiendo del estado emocional en el cual se encuentran los padres también generan malestar general en sus hijos con respecto a la forma de implementar normas, obteniendo así respuestas negativas en sus comportamientos. Oliva, Parra, Sánchez & López (2007) también estudian las relaciones entre estilos parentales y ajuste del adolescente y destacan las relaciones con el desarrollo de los hijos. Lo que indica que es conveniente incorporar otros factores fortaleciendo la autonomía, la comunicación, el afecto y el apoyo como generadores de mejora en las pautas de crianza.

Se encuentran además otras características de los cuidadores o padres relacionados con los estilos de crianza y las interacciones familiares. Así Pons-Salvador, Cerezo & Bernabé (2005) identificaron factores asociados a los cambios que afectan negativamente la parentalidad, como los antecedentes de castigo en la madre, la baja satisfacción materna y la percepción negativa del bebé entre otros, que se convierten en factores de riesgo para maltrato y alteraciones emocionales, ya que la emocionalidad de la madre juega un papel importante en el vínculo que se ejerza con el niño y por ende las pautas de crianza que acoja para la educación de su hijo. Es decir también que este rol que ejercen o cumplen los padres con sus hijos es influenciado de tal manera con los diferentes cambios que se dan en el día a día, dependiendo los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven como familia.

La crianza está afectada por las relaciones agresivas, la privación afectiva y otras problemáticas de la familia, tal como lo encontró en sus resultados de investigación Ezpeleta (2005), quien plantea que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los padres, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además, la vinculación insegura con los cuidadores como un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil, es por esto que es importante crear un ambiente de confianza, de aceptación y de acompañamiento en el crecimiento de los hijos ya que si solo se

dedican a la crítica, esto se va a ver reflejado de forma negativa en las conductas y el comportamiento que tengan los niños en el contexto en el cual se desenvuelven en el día a día.

Según Ezpeleta (2005), la relación que tienen los padres con los hijos, interviene de cierta manera sobre la crianza, ya que una buena relación, un buen trato interfiere de manera positiva sobre el niño, haciendo que este actúe de una manera más adecuada ante la sociedad, implementando las pautas que se han dado desde casa, sucede todo lo contrario con los niños que tienen malas relaciones con sus padres y que el trato no ha sido el más adecuado, quizás complementado con agresividad, falta de afecto y otras problemáticas que pueden conllevar a que estos niños en su mayoría imiten estos comportamientos que adquieren en casa y puedan emitirlos de forma inadecuada frente a sus pares en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelven originando malestar entre ellos.

Ezpeleta (2005) también realiza reflexiones sobre las psicopatologías de los padres y los trastornos emocionales, entre otros, como factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia. Cabe resaltar que la crianza que recibieron los padres, junto con otros factores, influyen adecuada o inadecuadamente en la formación de sus hijos.

Según Myers, (1994) la socialización de la infancia se produce mediante las prácticas de crianza, entendidas como la manera en que los padres (y en general la estructura familiar) orientan el desarrollo del niño/a y le transmiten un conjunto de valores y normas que facilitan su incorporación al grupo social. De manera simple, las prácticas de crianza son las acciones llevadas a cabo por los padres y personas responsables del cuidado del niño/a para dar respuesta cotidianamente a sus necesidades. Vale la pena decir que parte de las habilidades que adquiere el niño y parte de su relacionamiento con sus pares y adultos, depende de la forma en que los padres establecen las reglas, normas y valores que implementan a sus hijos, es el reflejo de lo que aprenden en casa.

Torio, Peña & Caro (2008) encontraron que los padres de niños de cinco a ocho años no tienen un estilo de crianza definido; algunas veces son democráticos y otras veces son autoritarios, lo cual debe considerarse para modificar o mejorar las prácticas educativas existentes en la familia. Ya que es más adecuado

implementar un mismo estilo, para que el niño opte por tener un mismo modelo de conducta y se desestabilice por las diferentes formas o estilos de crianza que implementan sus padres.

Henao, Ramírez & Ramírez (2007) plantean la importancia de la familia en la socialización y desarrollo durante la infancia. La combinación de costumbres y hábitos de crianza de los padres, la sensibilidad hacia las necesidades de su hijo, la aceptación de su individualidad; el afecto que se expresa y los mecanismos de control que son la base para regular el comportamiento de sus hijos.

Dicho de otra manera, existen diferentes factores que influyen para unas adecuadas pautas de crianza en el niño, como la socialización con su familia, las costumbres que los padres implementan en los hijos, al igual que la confianza, independencia, buen trato, lo cual conlleva a que el niño forme una autoestima adecuada que permita que el niño mantenga unas habilidades en el momento de relacionarse con otros.

Es por esto que realizar e implementar modelos de prevención en salud mental para padres y personas que cuidan a los niños ante diferentes problemáticas que pueden afectar de manera negativa las pautas de crianza y generar en el niño comportamientos negativos y a su vez un inadecuado desarrollo emocional y quizás social en su etapa infantil, sería de gran ayuda.

De igual manera, realizar psi coeducación para dar orientación de las pautas de crianza que apoyen a la prevención de trastornos en la infancia, para así generar pautas adecuadas sobre comportamiento y emociones en las familias que asisten a terapia implementando estilos de crianza asertivos.

### **Terapia cognitivo conductual en pautas de crianza**

El entrenamiento a padres es una orientación terapéutica que consiste en capacitar a padres u otros cuidadores principales, sobre técnicas y estrategias que les permitan entender y tratar directamente los problemas de comportamiento de sus hijos. El entrenamiento a padres surgió a principios de la década de 1970 como una aplicación de los hallazgos alcanzados por Patterson (1974), los cuales relacionaban las interacciones entre los miembros de las familias de niños con problemas de

conducta. Lo que indica que la relación que tienen los diferentes integrantes de la familia ya sean padres o cuidadores interfiere de manera positiva o negativa sobre la conducta de los niños.

La psicoeducación es un tipo de orientación que no sólo permite a los padres comprender el origen de las dificultades de comportamiento de sus hijos, a la luz de los principios de la conducta y el comportamiento encontrados por medio de la investigación básica, sino porque brindan los conocimientos y las habilidades necesarias para afrontar dichas dificultades. Tal como se señaló, Rey (2006) estas habilidades no sólo hacen referencia a la crianza de los hijos, sino a otras esferas de la vida relacionadas con la crianza, cómo:

a) Instrucción didáctica de la habilidad; donde se genera confianza al niño al momento de dar una orden, teniendo en cuenta las facilidades que tenga para realizar dicha actividad y la modificación que se quiere lograr. b) modelamiento de la misma; el cambio se obtiene con la frecuencia con la que se refuerce dicha conducta c) juegos de roles para poner en práctica la conducta que se quiere d) retroalimentación del porque es necesario la modificación de conducta y para qué; y e) asignación de ejercicios para realizarlos en el hogar. Por Rey (2006), lo que concluye que la terapia cognitiva conductual cumple una labor muy importante y certera en casos de pautas de crianza, ya que lo que se busca tanto en padres como en hijos es modificar conductas mal adaptativas y pensamientos incoherentes o distorsionados que interfieran de manera negativa en el comportamiento de los niños y en los diferentes contextos en los cuales se desenvuelve, tales como la escuela, el parque, relación con sus pares y otros ámbitos en los que se desenvuelve y se desarrolla en el día a día.

### ***Comportamiento negativista-desafiante***

Cuando se habla de trastorno negativista desafiante, según el DSM V, (2014) se refiere a una serie de comportamientos que se presentan durante un tiempo estipulado de 6 meses o más, al igual debe cumplir con unos criterios que hacen como diagnóstico este trastorno, del mismo modo manifestar estos comportamientos o criterios en todos los entornos en los cuales se desenvuelva el niño, aunque los

síntomas del trastorno pueden darse de alguna manera en individuos sin este trastorno.

Los criterios diagnósticos para este trastorno son:

- A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/ Irritabilidad

1. A menudo pierde la calma
2. A menudo esta susceptible o se molesta con facilidad
3. A menudo está enfadado y resentido

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.
5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.
6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.
7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses
- B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo), o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.
- C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.

## **METODOLOGÍA Y CONTEXTUALIZACION DE LA PRÁCTICA**

Esta monografía corresponde a un estudio de caso, donde de forma sistemática se conduce a la búsqueda de conocimiento, y técnicas fundamentadas en teorías propias del enfoque cognitivo conductual.

Participantes:

*Se logró trabajar con 7 personas, con edades comprendidas entre los 4 y 45 años de edad, en su mayoría menores de edad, aun estudiando en el colegio. Se realizó un proceso de atención psicológica con las siete personas, de los cuales se escogió un caso, realizando así el proceso de evaluación e intervención para realizar el estudio de caso de esta monografía.*

## Descripción de la población objeto de estudio

Durante el desarrollo de la práctica de especialización de psicología clínica, se llevó a cabo en primer lugar el conocimiento de las recepciones de cada uno de los casos, donde se logra conocer el motivo de consulta de cada uno de los pacientes. Seguido a esto, se lleva a cabo el primer encuentro con los pacientes, donde se desarrolla el diligenciamiento de historia clínica, se plantean los objetivos terapéuticos y de lleva a cabo el proceso psicológico.

**Tabla 1:** *Distribución de la población atendida*

N	EDAD	SEXO	MOTIVO DE CONSULTA	PROCESO
1	44	M	“Termine una terapia de pareja con mi esposa, pero siento que ahora debo trabajar sobre mí”	- Se lleva a cabo diligenciamiento de historia clínica. - Se programa aplicación de prueba de personalidad. -La terapia no se puede llevar a cabo o continuar por asuntos laborales de la psicóloga tratante.
2	45	M	“Tengo una situación complicada en casa, quiero quitarle tener la custodia de mi hijo, y necesito una asesoría”	- Se lleva a cabo diligenciamiento de historia clínica centrado en aspectos relacionados al motivo de consulta y antecedentes de la paciente. El paciente es remitido, para que le brinden la información adecuada con el profesional experto en temas de custodia.
3	11	M	“Traigo a mi hijo a consulta, porque tiene un mal comportamiento en	- Se lleva a cabo diligenciamiento de historia clínica, con la madre del paciente. Se realiza entrevista con la madre y después con el paciente.

			casa, y está bajando su nivel académico”	El paciente asiste a varias sesiones, pero este proceso no continuo con la psicóloga encargada, por diversas situaciones de trabajo.
4	7	F	“Está bajando su rendimiento académico y no sabemos porque está sucediendo”.	- Se lleva a cabo diligenciamiento de historia clínica. Se realiza entrevista clínica con los padres de la menor y después con la menor.
5	8	M	“Mi hijo tiene problemas en el colegio, puesto que los profesores no lo quieren, y está bajando su nivel académico.”	- Se lleva a cabo diligenciamiento de historia clínica. Se realiza entrevista clínica con la madre y el menor. - El proceso no continuo, porque el niño ingresa al colegio y los horarios no les sirven.
7	16	F	“Mi hijo presenta mal comportamiento en casa, y aparte de todo tiene un bajo rendimiento académico”	- Se lleva a cabo diligenciamiento de historia clínica. - Se inicia proceso terapéutico con la paciente. El proceso no continuo porque la psicóloga tratante, presenta problemas con sus horarios por cuestiones laborales.

*Nota: M= Masculino, F=Femenino*

## OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

**General:** Intervenir los comportamientos negativos consecuentes de la falta de pautas de crianza a través de un estudio de caso clínico, orientado desde el enfoque cognitivo-conductual.

### Específicos:

- Evaluar la problemática mediante las diferentes técnicas cognitivo conductuales que permiten tener un mayor abordaje en relación al estudio de caso.
- Proporcionar estrategias terapéuticas que disminuyan las conductas mal adaptativas que genera la problemática.
- Implementar técnicas terapéuticas desde el enfoque cognitivo-conductual que de un mayor abordaje del estudio de caso.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Durante el proceso de práctica clínica se atendió un total de 7 pacientes, cuyo plan de intervención consistió en dar en primer lugar espacio a la recepción de casos para conocer el motivo de consulta, posteriormente se da la entrevista estructurada donde el objetivo era el registro de las historias clínicas, el encuadre o rapport con el consultante, la aplicación de una prueba en caso de ser necesario y el seguimiento del caso.

*Estudio de caso*

Al mismo tiempo se seleccionó 1 caso determinado, del cual se logra evidenciar parte del proceso en relación al registro de historia clínica, como se puede observar en la siguiente tabla.

**Tabla 2:** *Presentación de caso para la monografía*

CONSULTANTE	EDAD	GÉNERO	MOTIVO DE CONSULTA.
1	11	MASCULINO	La mamá refiere: "Traigo a mi hijo a consulta, porque tiene un mal comportamiento en casa, y está bajando su nivel académico" S refiere: "yo quiero mucho a mi mami, pero ella me regaña por todo"

**FORMULACION DEL CASO:**

**Motivo de consulta:** *"Necesito que me ayude con mi hijo, no me quiere hacer caso y ha bajado el rendimiento académico en el colegio"*

El niño refiere: "yo quiero mucho a mi mami, pero ella me regaña por todo".

La madre del paciente, asiste al Instituto de Familia y Vida, para solicitar ayuda, ya que su hijo de 11 años, ha bajado su nivel académico y a su vez no le hace caso y

tiene un mal comportamiento en casa, ella dice que no sabe cómo hacer que su hijo le obedezca.

Descripción familiar:

**Tabla 3:** Descripción familiar del paciente

Nombre	Parentesco	Edad	Nivel de formación	Ocupación
Y.B	Madre	30 años	Bachiller	Independiente
L.J	Pareja de la madre	34 años	Bachiller	Independiente
J	Padre	43 años	Bachiller	Independiente

Datos sociodemográficos:

- ✓ Sexo: Masculino
- ✓ Edad: 11 años
- ✓ Procedencia: Bucaramanga - Santander
- ✓ Nivel socioeconómico: Estrato 3
- ✓ Grado de estudios: 5 primaria

Instrumentos:

Los recursos e instrumentos utilizados para dar cumplimiento a los objetivos propuestos fueron:

Formato de recepción de caso (*Anexo 1*)

*Este procedimiento se lleva a cabo al momento de recibir las llamadas para asignar las citas con los profesionales en psicología.*

Formato de remisión (*Anexo 2*)

Este formato se realizaba el momento de considerar que el paciente debería ser remitido a otro profesional.

#### Formato de consentimiento informado (*Anexo 3*)

Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

#### Formato de historia clínica (*Anexo 4*)

“Un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de psicología, 2011, p. 3)

#### Entrevista:

“No es solo una conversación informal, sino una interacción controlada que utiliza el intercambio verbal como método principal de interrogación. Una entrevista tiene dirección y forma, sirve a un propósito específico e involucra tanto al entrevistador como al entrevistado en una relación dinámica. Muchas situaciones profesionales requieren la entrevista, hasta los estudios de laboratorio utilizan la entrevista para explicar a los participantes los requerimientos del estudio”. Keats,D. (2009).

“Cada entrevista es creada con un propósito específico y para un individuo o grupo particular; proporciona la oportunidad de explorar las razones detrás de las respuestas de las personas y verificar la confiabilidad de dichas respuestas con cuestionamientos ulteriores”. Keats,D. (2009).

## Entrevista semiestructurada

“Se determina de antemano cual es la información relevante que se quiere conseguir. Se hacen preguntas abiertas dando oportunidad a recibir más matices de la respuesta, permite ir entrelazando temas, pero requiere de una gran atención por parte del investigador para poder encauzar los temas” (Peláez, Rodríguez, Ramírez & Pérez, s.f, p.3)

## Entrevista con niños

Según, Keats,D. (2009), la entrevista con niños puede resultar muy gratificante, teniendo en cuenta diversos factores esenciales al momento de aplicarla o realizarla tales como la empatía que se debe implementar desde el inicio entre el adulto y el niño, tener en cuenta las respuestas que da el niño indagando a fondo, utilizar un lenguaje adecuado y acorde al niño y muy importante ponerse al nivel del niño ya que para ellos, los adultos son enormes y es necesario que la visión que ellos tengan sea la de su cara y no la de sus pantalones o faldas, por esto es importante bajar físicamente al nivel del niño para establecer contacto visual, y el niño sienta que es importante y que tendrá atención adecuada a todo lo que él diga y así generar más empatía.

Según, Keats,D. (2009), La organización de las condiciones físicas debe ser cómodas, confortables, silencioso y sin interrupciones. Es preferible un salón pequeño en el que el entrevistador y el niño no se distraigan con el ir y venir de las personas, no es bueno tener un espacio tan decorado o lleno de imágenes o cuadros que atraigan la atención del niño lo cual genera distracciones.

## *Instrumentos de evaluación:*

### *Dibujo:*

*Se utilizó el dibujo como estrategia, ya que el niño en un inicio era retraído y hablaba muy poco, casi no le gusta el juego, pero si la pintura, por este motivo incluí este instrumento para la evaluación y así obtener por medio de él dibujo*

*información sobre la percepción del niño sobre sí mismo y sobre su familia, ya que a medida que el niño pintaba contaba con cuentos la historia familiar, los roles que ejerce su mamá, su papá, la pareja de su mamá entre otros.*

*El dibujo no se seleccionó, para realizar una interpretación de él, sino como herramienta para generarle al niño la confianza de hablar de las diferentes situaciones que le generaban malestar.*

### *Registro*

*Por medio de esta técnica, se logra identificar qué elementos son los desencadenantes de una conducta y cuáles otros hacen que ésta se mantenga. Para poder dar por bueno o sustento a un análisis funcional (antes de pasar a la verificación de las hipótesis funcionales), éste debe de poder ser explicado dentro de un modelo sobre el comportamiento humano.*

Al momento de la consulta, realizando el primer acercamiento mediante una entrevista semiestructurada, el paciente de 11 años acude al psicólogo con su madre, el motivo de consulta, se refiere a solicitar una orientación profesional, para mejorar la relación entre madre e hijo y a su vez el rendimiento académico en el aula.

La presentación del paciente en la primera consulta, se muestra tranquilo, con pensamiento coherente, no manifestaba alteraciones, orientado auto psíquica y alopsíquicamente. Su presentación personal es adecuada a su edad y género, aseado, organizado, se muestra pasivo y desconfiado.

### *Evaluación del estado mental:*

Apariencia Porte y actitud: adecuado, coherente, pasivo y desconfiado.

Conciencia: no alterado

Orientación: orientado alopsíquico y auto psíquico

Atención: euproséxico

Memoria: conservada, sin alteraciones

Lenguaje: adecuado ritmo y curso

Pensamiento: sin alteraciones

El paciente, llega a consulta, en compañía de su madre, se encontraba ubicado en sus tres esferas, tiene noción de tiempo, tiene adecuada percepción del mundo externo y de su propia persona, orientado, con apariencia adecuada, vestido acorde para la edad y género, coherente, al inicio de la consulta se muestra pasivo y desconfiado pero colaborador, su conciencia no presenta alteraciones, euproséxico, memoria conservada sin alteraciones, lenguaje adecuado en ritmo y curso, pensamiento lógico y coherente, no presenta alucinaciones, su estado de ánimo normal, su conducta motora hipoabúlica, sin movimientos estereotipados y sin alteraciones en la estructura del sueño.

Análisis sincrónico:

El paciente nació en Bucaramanga, en una familia desestructurada, ya que sus padres son separados, pero mantienen una buena relación de amistad, es hijo único por parte de su madre y tiene una hermana de la relación actual de su padre, quien vive en Valledupar. Él paciente sostiene una buena relación con su padre, de cordialidad y respeto. Con su madre sostiene una relación basada en desobediencia y en ocasiones actos y palabras inadecuadas por parte del paciente hacia la madre. A su vez la mamá es muy condescendiente en las actividades que quiere realizar S. No tiene antecedentes psicológicos, ni médicos relevantes.

Análisis diacrónico:

Historia del problema

S, es un niño de 11 años que nació, cuando su madre tenía 18 años, y se casó con J de 30 años, ella tenía 3 meses de embarazo, cuando S nació, la mamá empezó a trabajar tiempo completo y el niño permanecía con su bisabuela materna, y con otros integrantes de la familia, menos con su madre, en el poco tiempo que compartían Y.B era dura en su trato con el niño, era exigente y lo trataba con poco afecto, ella se separó cuando tenía 25 años, es decir 8 años después y el padre asumió la responsabilidad del niño aunque lo cuidaba su abuela materna, sin embargo la madre mantenía al tanto de sus cosas. Año y medio después el niño se fue a vivir con su mamá y con la bisabuela, en ese tiempo el niño cursaba 4 de primaria y perdió su

año escolar ya que le llevaba la contraria a la mamá es decir no cumplía normas ni reglas, después de esto el niño quiso irse para Valledupar con su padre, y al cabo de un año regreso a vivir con su mamá, en este tiempo ella vivía con su actual pareja, al inicio fue muy complicada la relación entre los tres, el niño manifestaba comportamientos inadecuados, como pataletas, era desafiante, manifestaba comportamientos negativos y se le dificultaba el cumplimiento de normas en casa. Es por esto que la madre acude a consulta, ya que el comportamiento de S está afectando la buena relación entre la madre, su pareja y S porque es todo momento el niño quiere hacer las cosas a su manera, no cumple con lo que se le impone, se comporta mal en las diferentes actividades o salidas familiares.

- Contexto predisponente: Desde el nacimiento, el paciente no tuvo estabilidad en cuanto a cuidadores, ya que su madre trabajaba todo el día y este permanecía al cuidado, de la bisabuela y otros familiares, a su vez la madre tenía poca relación con S, y cuando se dirigía a él, lo hacía con mucha exigencia y poco afecto.
- Contexto de adquisición: En el momento se presentan varias situaciones complejas que generan malestar a nivel familiar y diversos comportamientos inadecuados, estas situaciones son la exigencia que genera la madre al paciente, para que cumpla con la normatividad en casa y en el colegio.
- Contexto desencadenante: Los momentos en que la madre hace dicha exigencia al paciente de realizar una actividad que él no quiere, ante el cumplimiento de una regla, norma o ante un llamado de atención.
- Contexto de mantenimiento: Se presentan situaciones paralelas a la conducta problema, como los llamados de atención ante un evento o incumplimiento, lo cual genera malestar y conductas inadecuadas del paciente ante la familia y palabras desadaptativas.

**Hipótesis de mantenimiento**

R+: El paciente se refuerza de forma positiva, cuando logra lo que quiere

E- Estímulo (s)	R- Respuesta			C Consecuencia
<i>Qué pasa antes</i>	<i>Qué pensó (Cognitivo)</i>	<i>Que siente (fisiológico)</i>	<i>Qué hace (Motor)</i>	<i>Qué pasó después</i>
<p>➤ <b>Externos:</b></p> <p><b>*Exigencia por parte de su madre, al darle una orden o cumplimiento de alguna norma.</b></p> <p><b>* Llamado de atención por no realizar las labores impuestas, por mal comportamiento o malos resultados en el colegio.</b></p> <p>➤ <b>Internos:</b></p> <p><b>*Pensamientos automáticos, de que su madre no lo quiere, porque le exige.</b></p>	<p>*Ideas de que su mamá no lo quiere y prefiere a su pareja.</p> <p>*Creencia de que su mamá debe consentirlo y complacerlo más no llamarle la atención o exigirle de la manera en que lo hace.</p>	<p>*Enrojecimiento en la cara cuando le genera rabia.</p>	<p>*Tira objetos al piso en ocasiones.</p>	<p>En momentos la mamá lo complace y sede, en otros momentos no accede.</p>

**Análisis funcional:**

A través de las entrevistas realizadas y los auto registros asignados a la madre del paciente, se recogieron diversos datos que permitieron elaborar el análisis funcional del problema. Según el análisis realizado se presentan diversas problemáticas.

Teniendo en cuenta las problemáticas que se presentan es necesario determinar que la inadecuada relación con la madre es una situación que se ha presentado a lo largo del tiempo, debido al poco espacio que han tenido para compartir, las diferentes dificultades, como el trabajo y el tiempo para el cuidado del niño, a su vez el cambio de cuidadores que ha permitido que el niño establezca una

mejor relación o vínculo con otros integrantes de la familia mas no con la madre, de la misma manera sucede con la pareja de la madre, con quien S no ha podido establecer una relación cordial, debido a que el paciente presenta pensamientos negativos frente a la relación actual de su madre, lo cual genera celos y temor de que esto ocurra, es por esta problemática que el niño presenta inconformidad, a falta de una relación con su madre exteriorizando poca obediencia contradiciendo las ordenes o reglas impuestas en casa, también genera comportamientos negativos y desafiantes como regar el jugo cuando salen a restaurantes, genera polémica con diferentes comentarios hirientes y desafía las decisiones que se toman en casa y fuera de ella y por otro lado su rendimiento académico ha bajado ya que quiere en todo momento contradecir a la mama y a su vez llamar la atención de esta, ya que en la mayoría del tiempo no la ha tenido.

## **ÁREAS DE AJUSTE DEL PACIENTE**

### **Personal**

S afirma que es un niño noble, que no le gusta hacerle daño a la gente, qué quiere mucho a su mamá, que le gusta jugar con sus amigos, ver video juegos y ver películas. Le gusta visitar a su padre en Valledupar y consentir a su hermanita.

### **Familiar**

Los padres del paciente tienen una buena relación a pesar que están separados hace varios años, cada uno tiene nuevas relaciones estables y mantienen relación continua con el paciente, aunque con la pareja de la madre no tiene una adecuada relación, porque siente que su mamá lo va a abandonar por él.

### **Afectiva**

En momentos es grosero con la mamá y con su pareja, puesto que no le gusta que lo regañen y le den órdenes, tiene amigos en el colegio y en el barrio, con los que juega en los momentos libres y cuando la mamá lo deja salir. En el colegio mantiene buenas relaciones interpersonales, pero su rendimiento académico ha bajado.

### **Ocupacional**

Estudiante de sexto grado en el Colegio Piagetano.

## **Somática**

Tanto el paciente como la madre refieren que S, tiene buen patrón del sueño, no presenta molestias a nivel de órganos o funciones que conlleven a una condición médica relevante.

### **Impresión diagnóstica:**

Problemas identificados:

#### *Problema No.1 Inadecuada relación con la pareja de su madre*

El paciente siente que su mamá no lo quiere porque le exige y que prefiere a su pareja, por este motivo no le gusta que le diga que debe hacer, ni que lo corrija, y en ocasiones perturba momentos en los cuales están compartiendo los tres, con algún comportamiento inadecuado.

#### *Problema No. 2 Poca Obediencia*

Al paciente se le dificulta seguir normas, reglas impuestas en casa y aún más si las genera la pareja de la madre.

#### *Problema No. 3 Comportamientos negativos y desafiantes (pataletas)*

*Manifiesta rabia y comportamientos desafiantes cuando le exigen o no le gusta que le llamen la atención, por algo que dejó de hacer o que hizo mal, en ocasiones tira objetos y se niega a realizar la acción impuesta.*

#### *Problema No. 4 Bajo rendimiento académico*

*Como no le gusta obedecer y le gusta llevar la contraria en sus deberes, prefiere no estudiar y no hacer tareas, lo que en consecuencia llevó a que su rendimiento académico bajara considerablemente.*

En el presente caso el paciente manifiesta comportamientos inadecuados en los diferentes contextos en los que se desenvuelve, esto es a causa de las fallas en la relación y el vínculo que no ha establecido con la madre, ya que en las primeras etapas de la vida del niño, la madre no estuvo presente y este, estuvo al cuidado de

otras personas, es por esto que el niño cuando inicio su proceso de vinculación y vivir nuevamente con su madre, le generó un choque emocional lo que conllevó a que hiciera caso omiso a las normas y reglas que estaban impuestas en casa y a su vez le generó conflicto aceptar que su madre vivía con su pareja, lo que también generó confusión en él, puesto que su madre no iba a estar sola y tenía que compartir y vivir con una persona que no conocía, toda esta situación conllevó a S a manifestar por medio de su conducta todos aquellos pensamientos automáticos que se iban generando durante la convivencia.

El desacuerdo del paciente con que una persona nueva le impusiera orden y reglas, llevó a que estas conductas no solamente se manifestaran en casa, sino también en el colegio perjudicando su rendimiento académico y también en las diferentes salidas que hacían en familia, manifestaba desacuerdo en las actividades que se hacían con comportamientos inadecuados lo cual generaba malestar en la madre y su pareja, quienes decidían finalizar la salida debido a esto.

*Sistema multiaxial:*

***Impresión diagnóstica multiaxial***

Eje I: *Sintomatología negativista desafiante*

Eje II: Los criterios no aplican a un trastorno de personalidad

Eje III: No aplica

Eje IV: Dificultades para tener una buena relación con su familia. Problemas escolares

Eje V: Grado de adaptación psicosocial 80-71. Si existen síntomas transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales. Solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (descenso en el rendimiento académico).

*El niño manifiesta dos patrones de conducta de discusiones y actitud desafiante del Trastorno negativista desafiante 313.81 (F91.3) como:*

- 1. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos y*
- 2. Rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas*

*Lo que indica que no presenta un diagnóstico definido ya que no cuenta con el tiempo estipulado de 6 meses ni con 4 síntomas de las categorías para dar un diagnóstico de*

*este trastorno. A su vez estos criterios han conllevado a que S, no mantenga buena relación con personas cercanas y disminuya su rendimiento académico en el colegio.*

*Formulación de hipótesis:*

El paciente manifiesta comportamientos inadecuados en los diferentes contextos en los que se desenvuelve, esto es a causa de las fallas en la relación y el vínculo que no ha establecido con la madre, ya que, en las primeras etapas de la vida del niño, la madre no estuvo presente y el niño estuvo al cuidado de otras personas.

Cuando inicio su proceso de vinculación y vivir nuevamente con su madre, le generó un choque emocional lo que conllevó a que hiciera caso omiso a las normas y reglas que estaban impuestas en casa y a su vez le creó conflicto aceptar que su madre vivía con su pareja, lo que también causó confusión en el niño.

Manifiesta por medio de su conducta todos aquellos pensamientos automáticos que se iban generando durante la convivencia, él desacuerdo de una persona nueva le impusiera orden y reglas, toda esta situación llevo a que estas conductas no solamente se manifestaran en casa, sino también en el colegio perjudicando su rendimiento académico.

## Plan de intervención

Objetivos de la terapia, con la técnica utilizada:

Objetivos de intervención	Estrategias/técnicas de intervención
✓ <b>Mejoramiento de conductas inadecuadas y adaptación el medio.</b>	○ Economía de fichas
✓ <b>Refuerzo de conducta</b>	
✓ <b>Aumento y mantenimiento de conducta.</b>	○ Reforzadores
✓ <b>Fortalecimiento de conducta adecuada y modificada.</b>	
✓ <b>Determinar y modificar pautas de crianza.</b>	○ Tareas en casa
✓ <b>Cambio a nivel intelectual, emocional, conductual, psicosocial e interpersonal</b>	
✓ <b>Reestructuración Cognitiva</b>	
✓ <b>Aprender estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir sus frustraciones y conflictos.</b>	
✓ <b>Promover la independencia y la autoayuda.</b>	

### *Técnicas utilizadas*

#### Economía de fichas

Esta técnica puede considerarse como un sistema motivacional que se aplica con el fin de modificar conductas específicas en una persona y mejorar su adaptación al medio ambiente (Alvord, 1974). Uno de los aspectos más interesantes del programa es el sistema de reforzamiento que utiliza, en el cual la ocurrencia de conductas apropiadas o la ausencia de conductas problemáticas se mantiene por refuerzo secundario a través de fichas durables, que pueden ser periódicamente cambiadas por otros reforzadores.

A su vez es una técnica de fácil aplicación pero que ha dado grandes resultados en tratamiento de diferentes trastornos, como en problemáticas en el hogar, se puede evidenciar en varios estudios como Espada, Méndez & Orgilés (2005) evaluaron la efectividad de esta técnica al tratar la fobia a la oscuridad, examinando la contribución del sistema a la eficacia del programa de escenificaciones emotivas. Por su parte, Moreno, Lora & Guerreiro (2003) probaron el sistema con trastornos en la ingestión alimentaria en un niño de seis años y así en muchas problemáticas más.

Según Ayllon & Azrin (1.968) En cierto modo puede considerarse una aplicación derivada del condicionamiento operante descrito por Skinner ya que utiliza como base el refuerzo, en especial los denominados reforzadores secundarios, es decir, objetos por sí solos carentes de valor o neutros (fichas, puntos...) pero que luego pueden cambiarse para obtener el premio o refuerzo primario (juguetes, caramelos, cualquier actividad gratificante, tiempo de juego, etc...). Mediante la introducción de este tipo de condicionamiento, el niño aprende a manejar de forma más eficiente una nueva situación de contingencias que le permitirá obtener ciertos beneficios de los que antes no disponía.

#### Refuerzos

Según Cruzado y Labrador, 1993, un reforzador positivo es un estímulo (evento, conducta u objeto) cuya presentación contingente a una conducta da

lugar a un aumento o mantenimiento de esta, de modo que este aumento o mantenimiento es menor o no se da cuando la presentación es no contingente

Cuando se habla de refuerzos se hace referencia a los premios que recibe el niño por realizar una conducta que debe empezar a modificar teniendo él cuenta el objetivo que deseamos lograr de la técnica que se esté ejecutando con el menor, en este caso se trabajó con refuerzos positivos que en este caso serían premios como un regalo, más tiempo en el recreo o premiarlo con algo que al niño le guste, también hablamos de refuerzos negativo cuando le quitamos al niños algo que a él no le gusta o podría ser cuando el niño ejerce o realiza una conducta que consideramos adecuada, entonces lo reforzamos para que mantenga esta conducta.

#### Tareas en casa

Esta técnica se utilizó para determinar ciertas pautas que debían realizarse de forma repetitiva en casa y no solamente en consulta, se realizó con el fin de reforzar el objetivo de la psicoterapia y tener un soporte de lo que se realiza en consulta, la más utilizada fue la biblioterapia, que promueve el cambio a nivel intelectual, emocional, conductual, psicosocial e interpersonal y, para que todo esto sea posible, es necesario que se pongan en marcha una serie de dinámicas internas a lo largo del proceso terapéutico, fue utilizada para lograr una reestructuración cognitiva en el niño.

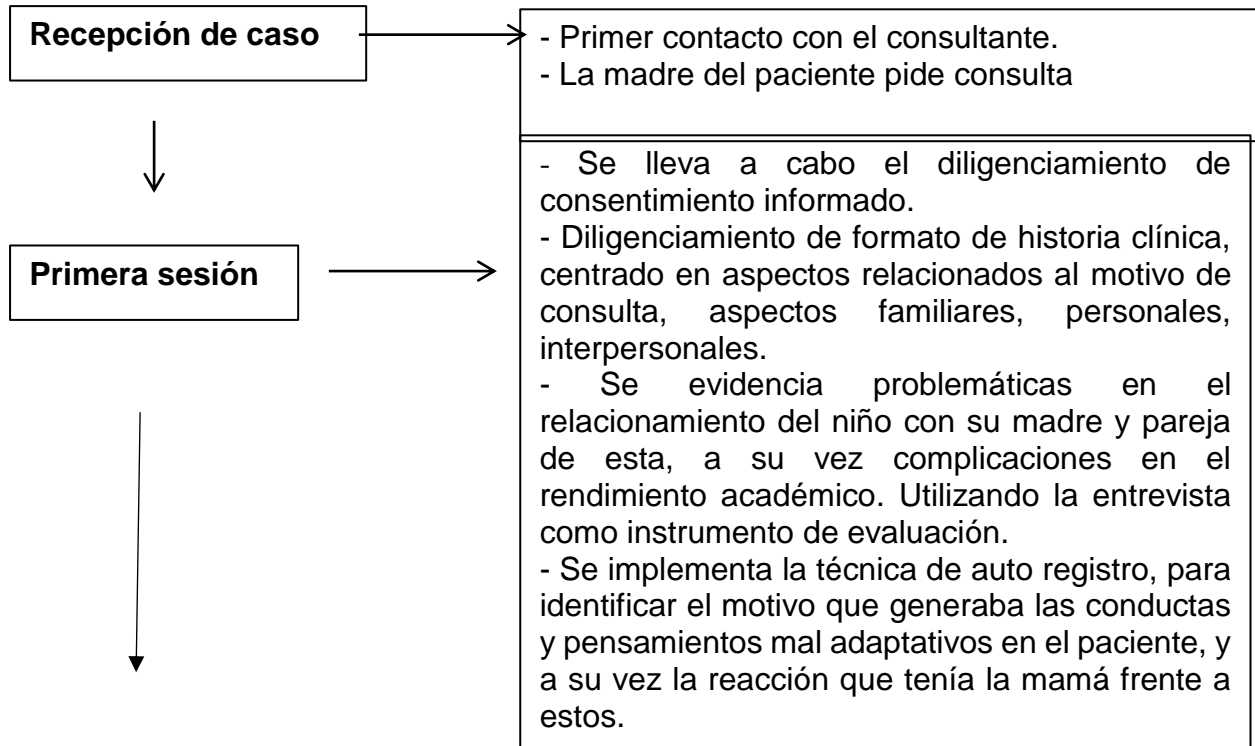
Según Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M, (1993), el objetivo general de la biblioterapia es promover un cambio de conducta, cognitivo y/o emocional en una dirección normativa y bien establecida. Esto implica la consecución de diferentes metas, entre las que destacamos las siguientes:

- 1. Ayudar a la gente a entenderse y conocerse mejor.
- 2. Contribuir a que se den cuenta de que no son los únicos que tienen un determinado problema, lo que hará disminuir su miedo a lo desconocido y el sentimiento de soledad.
- 3. Ayudarles a aprender estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir sus frustraciones y conflictos.
- 4. Promover la independencia y la autoayuda, con lo que se consigue desarrollar un auto concepto más positivo de uno mismo.

El objetivo principal fue a crear estrategias que logran en el niño afrontar sus problemáticas para disminuir sus reacciones o comportamientos inadecuados.

### Curso del tratamiento

**Figura1.** *Proceso de intervención.*



**Segunda sesión**



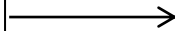
- Se indaga acerca de aspectos relacionados con las conductas que se evidencian en la primera sesión, mediante el juego, que se utiliza como herramienta para generarle al niño la confianza de hablar de las diferentes situaciones que le generaban malestar.

- Se indaga en antecedentes personales y familiares, donde se evidencia la problemática que se ha generado desde el nacimiento de S.

- Debido a que se tienen identificadas las conductas inadecuadas que el paciente manifiesta en los diferentes momentos que le generan malestar, se implementa la técnica de economía de fichas para el mejoramiento de conductas inadecuadas y adaptación al medio.

- Finalmente se llega a acuerdos con la mamá y el niño y se establecen objetivos en relación al proceso de evaluación del paciente.

**Siguintes sesiones**



- Se implementan tareas para el hogar, con el fin de determinar y modificar pautas de crianza y a su vez aprender estrategias para afrontar sus problemas y así disminuir sus frustraciones y conflictos y así promover la independencia y la autoayuda.

- Se llevaron a cabo 3 sesiones de forma individual, 2 sesiones con la madre y 1 en familia.; para un mayor abordaje del caso.

- Técnicas utilizadas:

- Entrevista semiestructurada
- Entrevista para niños
- Dibujo
- Registro
- Economía de fichas
- Refuerzos
- Tareas para la casa

**Objetivos terapéuticos alcanzados:**

*Paciente y familia:*

- ✓ Se mejoraron las habilidades sociales y relacionamiento entre el paciente con la familia.
- ✓ Se identificaron conductas adecuadas al contexto en el cual se desenvuelve
- ✓ Se disminuyeron las conductas inadecuadas, las cuales generaban malestar.

## RESULTADOS

Durante el proceso de práctica se hizo la selección de un caso, el cual permitido llevar a cabo un abordaje desde la aplicación de instrumentos de exploración, donde fueron útiles en gran medida, para obtener información del paciente.

El proceso terapéutico tuvo una duración aproximadamente de 2 meses, con encuentros semanales de una hora. Llegando a tener 6 sesiones; dentro de las cuales 3 sesiones fueron de individuales; 2 con la mamá y 1 en familia. Durante las intervenciones fue posible comprender aspectos relacionados a los conflictos que se evidenciaban en el paciente al igual que a nivel familiar.

Con base en el proceso terapéutico desde el enfoque cognitivo conductual, fue indispensable tener en cuenta un proceso de evaluación, donde se logró identificar las problemáticas que se convertirían en el foco de atención y un proceso de intervención donde fue importante el motivo de consulta; para lograr de tal manera una disminución de conductas inadecuadas por parte del paciente, al igual que los planteamientos o recursos utilizados por la mamá ante los diferentes eventos.

Durante este proceso, en las sesiones surgieron muchas iniciativas de cambio por parte de la familia y el paciente, lo cual permitió un mejor abordaje de la problemática y así un mejor manejo de ellas por medio de la evaluación realizada.

Teniendo en cuenta el motivo de consulta, las entrevistas realizadas a la familia y al paciente se determinó que la situación problema eran las pautas de crianza, donde se realizó o implemento un proceso psicológico desde el enfoque cognitivo conductual partiendo de las diferentes técnicas que serían de gran utilidad para este proceso y así obtener adecuados resultados. La aplicación de las diferentes técnicas, se hicieron de manera adecuada y acorde, teniendo la ética correspondiente a la realización de las mismas.

Durante las primeras sesiones, fue importante comprender la situación problemática, desde el punto de vista del paciente y su familia; teniendo en cuenta que las primeras sesiones permitieron identificar la situación problemática.

Con el auto registro obtuvimos información vital sobre las conductas inadecuadas que generaban malestar a nivel familiar, lo que conllevó a evidenciar cuales eran las situaciones que generaban dichas conductas como la desobediencia, algunos comportamientos negativos desafiantes y la mala relación con la pareja de su mamá.

Esto indujo a implementar una economía de fichas, para empezar a disminuir estas conductas negativas, utilizando diferentes reforzadores para motivar el cambio, tales como comidas favoritas, salidas, halagos, entre otros.

Finalmente se generaron tareas en casa, para reforzar así, estas conductas que ya se habían implementado en el día a día del niño

Con este proceso se obtuvo resultados positivos tanto para el paciente como para la familia, ya que se logró más independencia en el niño, se generaron nuevas reglas y normas en casa para todos, repartiendo entre ellos las diferentes actividades de la casa y a su vez genero más espacios para compartir en familia.

## DISCUSIÓN

En el proceso de práctica de Especialización en psicología clínica, se logró evidenciar que las diferentes problemáticas con que llega el individuo a consulta, no solo aquejan en el área personal, sino también social, laboral y familiar; por lo tanto es importante tener en cuenta cada uno de estos aspectos, de tal forma que se logre hacer una intervención integral en el proceso; según lo explica Manzanera y colaboradores (2007): “Toda enfermedad puede ser concebida como una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan en conjunto en su origen y evolución.” p. 425. Es por esto que las pautas de crianza es una problemática que aqueja el contexto que rodea al niño, como su familia, su vida personal, su relación con los otros y sus pares y en momentos surgen factores biológicos que determinan dicha situación.

De tal forma, se logra interpretar que durante el proceso que se llevó a cabo, se encontró que cada aspecto relacionado al motivo de consulta, estaba teniendo una interacción directa con factores sociales y biológicos en los pacientes, por tal motivo se desarrolló un proceso terapéutico centrado en el enfoque cognitivo conductual, siendo este uno de los enfoques más reconocidos y con mayores resultados en relación a la terapia, según lo expresa Echeburúa, E; Corral, P y Salaberría, K. (2010): “La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado ser el desarrollo teórico más sólido disponible hasta la fecha y es la psicoterapia de referencia hoy por hoy” (p.93) Por lo tanto se obtuvieron resultados congruentes con los objetivos de la terapia, partiendo por la identificación de las conductas que generan malestar por parte del paciente y su familia, y así lograr una modificación que sea la más adecuada para todos.

Por tal razón, la importancia que tiene el enfoque cognitivo conductual por medio de sus técnicas, como tiempo fuera, auto registros, terapia cognitiva de Beck, entre otras técnicas utilizadas, permite tener un mayor abordaje en relación a cada una de las problemáticas expuestas por los pacientes al ingresar a consulta, donde es importante el motivo de consulta, aspectos relacionados al ambiente familiar, antecedentes médicos y psicológicos, relaciones sociales y laborales; teniendo en cuenta que cada uno de estos aspectos permiten al terapeuta plantear unos objetivos y plan de tratamiento enfocados al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

## CONCLUSIONES

- Es importante determinar que la relación familiar con el niño, tiene una gran influencia en la conducta, forma de expresión, autoestima que genera un mejor comportamiento en los diferentes contextos donde se desenvuelve y a su vez mejora las relaciones sociales con sus pares.
- Las habilidades sociales que hacen parte de la vida del niño, interfieren en gran medida en la forma de expresión y comunicación que tiene el niño con los otros.
- La terapia cognitivo- conductual es adecuada para intervenir la problemática de pautas de crianza, ya que por medio de la modificación de pensamiento y conducta se pueden afianzar vínculos y generar mejoría en el niño en los diferentes aspectos en los cuales presentaba falencias.
- Las técnicas desde el enfoque cognitivo conductual son indispensables para modificar conductas des adaptativas, que generan malestar en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve el individuo, y a su vez aumentar y mantener conductas adecuadas y adaptativas.
- Los resultados del estudio de caso fueron óptimos, ya que mostraron que la utilización del enfoque cognitivo conductual y el uso de las diferentes técnicas psicoterapéuticas posibilitan cambios en los pacientes lo que permite un mejoramiento de conductas inadecuadas en diferentes contextos trayendo con claridad la teoría a la práctica.

## RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la intervención realizada en este estudio de caso, es necesario implementar un proceso terapéutico con la madre, ya que se observa que las pautas de crianza que aplica con su hijo, no son las más adecuadas, y generan en él ciertos comportamientos inadecuados en momentos cuando su mamá quiere ser autoritaria, o hacer cumplir una norma, ya que se presenta con muy poca frecuencia lo que genera en el niño ciertas conductas, pensamientos inadecuados que producen malestar y conflicto a nivel familiar.

Según, Janssens & Guerris (1991), agrupan las prácticas de crianza en torno a tres factores: apoyo (calidez y responsabilidad), afirmación de poder (control autoritario), y exigencia e inducción (control democrático), lo que nos indica que según la problemática, es necesario aplicar las prácticas de crianza para implementar estrategias a la madre que le permitan una mejoría y fortalecimiento en cuanto a la relación con su hijo.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana. ISBN 9788498358100.
- Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva Conceptos básicos y profundización*. New York: Guilford Press.
- Eraso, J, Bravo, Y & Delgado, M. (2006). *Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo*. Revista de Pediatría, 41,(3), 23-40.
- Ezpeleta, L. (2005). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Masson

- González, A. M., Díaz, Z. T., & De la Ossa, D. (2012). *Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia*. Univ.
- Gurwitch R, Henao., Ramírez, C. & Ramírez. (2007). *Las prácticas educativas familiares como facilitadoras del proceso de desarrollo en el niño y niña*. El Ágora, 7(2), 233-240
- Labrador, F; Estupiñá, F & Garcia, M. (2010). *Demanda de atención psicológica en la Práctica clínica: tratamientos y resultados*. Psicothema (2010). Vol. 22, pp. 619-626
- Martínez, Á. C. (2010). *Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia*.
- Minici, A., Rivadeneira, C y Dahab, J. (2001). *¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?* Revista de Terapia Cognitivo Conductual n° 1
- Myers, R. (1994). *Prácticas de crianza*. Bogotá, CELAM-UNICEF.
- Oliva, A., Parra, A. & Arranz, E. (2008). *Estilos relacionales parentales y ajuste del adolescente*. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez, I. & López, F. (2007). *Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste del adolescente*. 25(1), 49-56.
- Pons-Salvador, G., Cerezo, M. & Bernabé, G. (2005). *Cambio y estabilidad en los factores que afectan negativamente a la parentalidad*. *Psicothema*, 17 (1), 31-36
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Pan American Health Org.

- Rey, C.A. (2006). *Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones*. Revista Infancia, Adolescencia y Familia, 1 (1), 61-84.
- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico* (Vol. 239). Editorial Norma.
- Santacreu, J (2011). *Protocolo general de intervención*. Protocolos de intervención Clínica en psicología. Master de Salud de la UAM
- Terry Eagleton. *La idea de cultura*. Paidós, Barcelona, 2001.p.58 Torío, S., Peña, J. & Caro, M. (2008). *Estilos de educación familiar*. Psicothema, 20(1),62-70.
- Keats, D. (2009). *Entrevista* .(1a. ed.) McGraw-Hill Interamericana. Página 16-104.





**Anexo 3**

**Formato de consentimiento informado**

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado/a con Documento No.-  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, como tutora legal  
de \_\_\_\_\_ Identificado/a con Documento No.- \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo que reciba el  
acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han  
aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios,  
la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado/a por el o la Psicólogo/a del Instituto de Familia  
y Vida, de los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es  
CONFIDENCIAL y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la  
normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que  
soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún  
tipo de retribución económica.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_  
del año \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

D.I. No.: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Psicólogo/a Instituto de Familia y Vida.

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ Identificado/a con Documento No.- \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por medio de la presente acepto recibir el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado/a por él o la Psicólogo/a del Instituto de Familia y Vida, de los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es CONFIDENCIAL y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días, del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

D.I. No. \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

Psicólogo/a Instituto de Familia y Vida





<b>Intentos previos para solucionarlo</b>

**ASPECTOS FAMILIARES**

**Familiograma**

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación	Relación del paciente con esta persona

**Observaciones generales del ambiente familiar**





Observaciones generales de la historia laboral

8. ANTECEDENTES PERSONALES

9. RELACIONES DE PAREJA

10. CONDUCTAS DE RIESGO				
-------------------------	--	--	--	--

DIFICULTADES	CONDUTA			PRESENTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
	EDAD DE INICIO	FRECUENCIA DE USO			
Actividad Sexual					
Problemática Legal					
Uso de Alcohol	Edad de Inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de Drogas					







