

**CICATRICES INVISIBLES DEL CONFLICTO ARMADO- SISTEMATIZACIÓN DE
LA INTERVENCIÓN PSICOLOGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

VIVIANA ANDREA GALLO HERNANDEZ



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

PIEDRECUESTA

2015

**CICATRICES INVISIBLES DEL CONFLICTO ARMADO- SISTEMATIZACIÓN DE
LA INTERVENCIÓN PSICOLOGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

VIVIANA ANDREA GALLO HERNANDEZ

Asesora:

Psic. Esp. Ara Mercedes Cerquera Córdoba



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLINICA Y DE LA SALUD

BUCARAMANGA

2015

Nota de aceptación: _____

Presidente del Jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____

Piedecuesta _____

AGRADECIMIENTOS

Primero a Dios por iluminar cada día mi camino, por llenarme de esperanza cada día y darme el don de elegir cada paso que doy.

A mi madre por brindarme un apoyo incondicional, una palabra de aliento cada que lo necesito y un abrazo para demostrarme que siempre está a mi lado, a mi padre que desde que no lo tengo físicamente ha sido un motivo más para cada día ser mejor persona, mejor profesional, papi donde quiera que estés quiero que siempre estés orgulloso de mi.

A mis hermanos que siempre están por ahí dando lora y uno que otro problema, pero al fin y al cabo para hacerme sentir que familia es familia y cariño es cariño.

A Mis 3 sobrinas Vale, Mariana & Sofí que han sido mi mayor felicidad, dueñas de mi sonrisa, mi amor y mi corazón.

A la UPB por acogerme y educarme, a mi asesora Ara Mercedes Cerquera Córdoba que ha hecho que mi experiencia de práctica haya dejado una riqueza intelectual y personal.

A mis amigos que aunque son pocos hacen que mi vida tenga ese tinte de alegría y solidaridad.

Y a Juan que hace 4 años está a mi lado ayudándome a construir todos mis sueños, gracias por tanto.

TABLA DE CONTENIDO

1. Resumen	8
2. Presentación de la práctica	10
3. Referente conceptual	17
4. Objetivos	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
5. Metodología	28
6. Formulación del caso	32
7. Resultados	47
8. Discusión	51
9. Conclusiones	54
10. Referencias Bibliográficas	58
11. Anexos	59
Consentimiento informado	59
Historia Clínica	61
Registro de preocupaciones	66

LISTA DE FIGURAS

Figura No 1 Daño psíquico en víctimas de delitos violentos	20
Figura No 2 Genograma	32
Figura No 3 Análisis funcional del caso F.A	38
Figura No 4 Resultados cuestionario IDER pre tratamiento, en el tratamiento y pos tratamiento.	47
Figura No 5 resultados de la escala de gravedad de síntomas del trastorno estrés postraumático, pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento.	48
Figura No 6 resultados de el registro de preocupaciones en el pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento.	50
Figura No7 resultados de la activación fisiológica, pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento.	50
Figura No 8 Jerarquía de necesidades Maslow (1934)	52

LISTA DE TABLAS

Tabla No 1 Descripción sociodemográfica de los pacientes	15
Tabla No 2 Plan de tratamiento	39
Tabla No 3 Aplicación del tratamiento	41

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: CICATRICES INVISIBLES DEL CONFLICTO ARMADO-
SISTEMATIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA
DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL.

AUTOR(ES): VIVIANA ANDREA GALLO HERNANDEZ

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Psic. Mg. Ara Mercedes Cerquera Córdoba

RESUMEN

El objetivo general de la monografía es sistematizar la intervención psicológica en los consultantes del conflicto armado interno colombiano que acuden al centro de atención a víctimas de Bucaramanga (CAIV) a través de encuentros semanales aplicando técnicas cognitivas-conductuales. La población estuvo conformada por 21 pacientes, entre ellos 7 de sexo masculino y 14 de sexo femenino, en edades comprendidas entre los 5 y 69 años, a quienes se evaluaron a través de entrevistas, observación, aplicación de pruebas psicotécnicas: Escala de Autoestima Rosenberg, Inventario de ansiedad: estado/rasgo (STAIC), Inventario de depresión (IDER), Escala de Gravedad de síntomas de estrés postraumático, La entrevista diagnóstica ADISC-IV. Finalmente se escogieron tres consultantes, dos de sexo femenino y uno de sexo masculino. Se desataca que la problemática en común fueron víctimas del conflicto armado con hechos victimizantes como homicidio y desplazamiento forzado generando en los consultantes miedos, angustias, tristezas (cicatrices invisibles del conflicto). El número de sesiones se estableció de acuerdo con las necesidades del consultante. Los resultados del trabajo evidencian que la terapia cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento de la ansiedad, depresión, trastorno de la conducta, estrés postraumático; pero cabe resaltar que las necesidades básicas de los consultantes insatisfechas, hacen que éstos puedan recaer en los síntomas propios de los trastornos.

PALABRAS CLAVES:

Intervención psicológica, cognitivo conductual, conflicto armado colombiano, estrés postraumático.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: INVISIBLES SCARS OF SYSTEMATIC armed conflict-
PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM COGNITIVE-
BEHAVIORAL METHODOLOGY.

AUTHOR(S): GALLO ANDREA VIVIANA HERNANDEZ

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Psych. Mg. Ara Mercedes Cerquera Córdoba

ABSTRACT

The overall objective of the paper is to systematize psychological intervention in the consultants of the Colombian internal armed conflict that come to the center to care for victims of Bucaramanga (CAIV) through weekly meetings using cognitive-behavioral techniques. The population consisted of 21 patients, including 7 male and 14 female, aged between 5 and 69 years, who were evaluated through interviews, observation, application of psychometric tests: Self-Esteem Scale Rosenberg , Inventory of anxiety: state / trait (STAIC) Depression Inventory (Ider) Severity Scale symptoms of posttraumatic stress, ADISC-IV diagnostic interview. Finally, three consultants, two females and one male were chosen. These stress that problems were common victims of armed conflict victimizing events as murder and forced displacement generating consultants fears, anxieties, sorrows (invisible scars of the conflict). The number of sessions established according to the needs of the client. The results of the study show that cognitive behavioral therapy is effective in the treatment of anxiety, depression, conduct disorder, post-traumatic stress; but it is worth noting that the basic needs unmet consultants, they can make fall on the symptoms of the disorders.

KEYWORDS:

Psychological intervention, cognitive behavioral, Colombia's armed conflict, post-traumatic stress.

PRESENTACIÓN DE LA PRÁCTICA

Introducción

En este apartado se recopilan los elementos introductorios y conceptuales más importantes del proceso de práctica clínica denominado: “cicatrices invisibles del conflicto armado- sistematización de la intervención psicología desde el enfoque cognitivo-conductual”, en primer lugar se encuentra plasmada la ubicación institucional, en segunda instancia, se establecen ciertos planteamientos teóricos que caracterizan la población atendida teniendo en cuenta los hechos victimizantes ocasionados por el conflicto armado, en este caso homicidios y desplazamiento forzado y las problemáticas más frecuentes que son encontradas en estos pacientes: estrés postraumático, ansiedad, depresión y trastornos de la conducta. Seguido a ello se presentan algunas generalidades del enfoque terapéutico cognitivo-conductual que fue utilizado para las intervenciones clínicas. Por último, se enuncian los objetivos generales y específicos que orientan el proyecto.

Ubicación institucional

Razón social:

**UNIDAD PARA LA ATENCIÓN Y REPARACIÓN INTEGRAL A LAS
VÍCTIMAS**

Dirección:

Cl. 41 # 13- 08 García Rovira

Horario de atención:

7: 00 am a 4:00 pm- Jornada Continua

Población:

Las personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño como consecuencia de violaciones a los derechos humanos, ocurridas a partir del 1° de enero de 1985 en el marco del conflicto armado, (homicidio, desaparición forzada, desplazamiento, violaciones sexuales y otros delitos contra la integridad sexual, secuestro, despojo de tierras, minas antipersona y otros métodos de guerra ilícitos, ataques contra la población civil). (Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas).¹

Misión

Liderar acciones del Estado y la sociedad para atender y reparar integralmente a las víctimas, para contribuir a la inclusión social y la paz.

Visión

En el 2021, el Estado habrá logrado la reparación de las víctimas y su participación en el proceso de reconciliación nacional, como resultado de la gestión efectiva y coordinada de la Unidad con los demás actores del Sistema.

¹ La información referente a los datos institucionales ha sido tomada de la página web de la Unidad para la Atención Integral a las Víctimas www.unidadvictimas.gov.co

Condición Socioeconómica:

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas de Colombia es una institución creada en enero de 2012, con el fin de dar cumplimiento a la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras (Ley 1448) aprobada por el gobierno del presidente Juan Manuel Santos en 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno.

La conocida como Unidad para las Víctimas busca el acercamiento del Estado a las víctimas mediante una coordinación eficiente y acciones transformadoras que promuevan la participación efectiva de las víctimas en su proceso de reparación. Desde su creación, la Unidad ha estado dirigida por Paula Gaviria Betancur, abogada especialista en derechos humanos, opinión pública y marketing político.

La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas es la encargada de coordinar las medidas de asistencia, atención y reparación otorgadas por el Estado; entregar la ayuda humanitaria a quienes por el hecho victimizante la requieran inmediatamente y coordinar el Sistema Nacional para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Recuperado de: <http://www.unidadvictimas.gov.co/index.php/en/acerca-de-la-unidad/quienes-somos>.
15 de mayo del 2015.

Características principales de la población atendida

Víctimas del conflicto armado interno Colombiano.

El conflicto interno armado en Colombia ha forzado el desplazamiento de millones de colombianos. Desde 1985, año en que se agudizó el conflicto, según cifras de la unidad para la reparación integral a las víctimas han sido expulsadas de sus viviendas más de tres millones setecientas mil personas, entre las que se cuentan cerca de ochocientos cincuenta mil hogares, generando un grave impacto en las familias al disminuir las condiciones y de la calidad de vida, tanto de las familias receptoras, como de los hogares desplazados. Recuperado 10 de abril del 2015 de <http://www.unidadvictimas.gov.co/>.

El impacto del conflicto interno en las familias colombianas se materializó también, en cada uno de sus integrantes y repercutió en su división, debido al reclutamiento -voluntario o forzado-, a los delitos sexuales, a las masacres, y a todo tipo de violaciones a los derechos humanos. A los hombres, a unos se los llevaron para la guerrilla, a otros los asesinaron, las mujeres, tenían que huir con sus hijos, llevando consigo la desesperanza y la tristeza por dejar o haber perdido a su cónyuge o su compañero, y a los niños, niñas y adolescente, quienes tuvieron que enfrentarse a situaciones infortunadas, privados de educación, recreación, salud y de una vivienda digna. El conflicto armado en Colombia generó grandes rupturas en el tejido social y así mismo ha desintegrado el núcleo familiar y problemas de trastornos mentales. Recuperado el 10 de abril del 2015 de

<http://identidades11.blogspot.com.co/2015/04/articulo-3-comun-los-cuatro-convenios.html>.

Como puede observarse el universo de las víctimas es variado, complejo y de diversas naturalezas y condiciones. La atención a las víctimas de este conflicto, es un asunto serio, que involucra no solo los esfuerzos estatales sino a toda la sociedad civil; la cual hasta la fecha no se ha movilizad o en pro del acompañamiento y respaldo de las víctimas, sino que se ha mantenido al margen, dejando solo en manos del Estado y de las instituciones que lo componen la responsabilidad de la atención y el rescate psicosocial que es una tarea difícil, en la que hasta ahora se están desarrollando las primeras acciones.

Ahora bien y como el estado en su gran preocupación de realizar la recuperación emocional de las víctimas del conflicto armado, ha contratado a personal idóneo (psicólogos) para que brinden estas atenciones psicológicas; a continuación se describe demográficamente a los pacientes que solicitaron consulta psicológica y a las cuales se les realizó un proceso terapéutico con el fin de disminuir las secuelas causadas por el conflicto armado interno colombiano.

Tabla No 1 Descripción demográfica de pacientes

ATENCIÓN PSICOLOGICA	SEXO	RELACION CON LA VICTIMA	EDAD	ESCOLARIDAD	HECHO VICTIMIZANTE
C.B	MASCULINO	HERMANO	32	PRIMERIA INCOMPLETA 4 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
A.V	MASCULINO	HIJO	13	BACHILLERATO ACTUALMENTE 7 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO

L.P.A	FEMENINO	HERMANA	25	TECNICO EN AUX DE ENFERMERIA	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
P.P	FEMENINO	ESPOSA	45	BACHILLER INCOMPELTO 9 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
F.A	FEMENINO	COMPAÑERA PERMANTE	51	BACHILLER TERMINADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
E.D.T	FEMENINO	HIJA	19	UNIVERSITARIA	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
M.S	FEMENINO	PROGENITOR A	67	PRIMARIA INCOMPLETA 3 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
K.C	FEMENINO	HIJA	14	BACHILLER ACTUALMENTE 9 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
G.L.S	MASCULINO	HIJO	22	BACHILLER TERMINADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
C.P.G.L	FEMENINO	ESPOSA	44	BACHILLER INCOMPLETO 7 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
S.C.G	FEMENINO	COMPAÑERA PERMANENT E	56	PRIMARIA INCOMPLETA 2 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
E.H.G	FEMENINO	HIJA	16	BACHILLER TERMIANDO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
E.R.S	MASCULINO	HIJO	18	BACHILLER INCOMPLETO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
G.J.R	FEMENINO	ESPOSA	48	BACHILLER COMPLETO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
A.G.H.M	FEMENINO	COMPAÑERA PERMANENT E	54	PRIMARIA INCOMPLETA 1 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
J.L.S.D	MASCULINO	HIJO	5	GRADO CERO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
G.O	MASCULINO	ESPOSO	69	NINGUNO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO

					FORZADO
D.D.P	MASCULINO	HJO	12	BACHILLER ACTUALMENTE 7 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
L.V.G	FEMENINO	HJA	9	PRIMARIA 5 GRADO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
E.M	FEMENINO	ESPOSA	39	BACHILLER INCOMPLETO	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO
G.A.B	FEMENINO	COMPAÑERA PERMANENTE	72	NINGUNA	HOMICIDIO Y DESPLAZAMIENTO FORZADO

Dentro de las atenciones psicológicas que se llevaron a cabo, asistieron a buscar ayuda profesional un total de 21 pacientes, entre ellos 7 de sexo masculino y 14 de sexo femenino, en edades comprendidas entre los 5 a 69 años, distribuidos en: 4 niños, 4 adolescentes, 10 adultos y 3 adultos mayores; las asesorías psicológicas derivaron el hecho victimizante de homicidio y desplazamiento forzado; las personas que buscaron ayuda su relación con la víctima fueron las siguientes: 2 hermanos (as), 9 hijos (as), 5 esposos (as), 4 compañeros (a) permanentes y 1 progenitora. Su nivel educativo descrito es: 1 persona analfabeta, 4 personas que solo estudiaron la primaria, 1 persona que actualmente cursa primaria, 4 que no terminaron su bachiller, 4 personas que terminaron su bachiller, 2 que actualmente están cursando su bachillerato, 1 persona con cursos técnicos, y una persona con pregrado universitario.

REFERENTE CONCEPTUAL

Existen unos ejes teóricos que comprenden este marco, a continuación se presenta la explicación de cada uno de ellos en el siguiente orden:

- *Impacto del conflicto armado*
- *Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas*
- *Violencia*
- *Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos*
- *Trastornos estrés postraumático y depresión.*

El conflicto armado en Colombia generó grandes rupturas en el tejido social y así mismo ha desintegrado el núcleo familiar, generando en ellos sentimientos de inseguridad, baja autoestima, venganza, etc. (Segura, 2010) desencadenando muy probablemente patologías como ansiedad, estrés postraumático, depresión entre otras. El impacto del conflicto interno en las familias colombianas se materializó en cada uno de sus integrantes y repercutió en su división, debido al reclutamiento voluntario o forzado, a los delitos sexuales, a las masacres, y a todo tipo de violaciones de los derechos humanos. A los hombres, a unos se los llevaron para la guerrilla, a otros los asesinaron, las mujeres tuvieron que huir con sus hijos, llevando consigo la desesperanza y la tristeza por dejar o haber perdido a su conyugue, compañero, hijo, hermano, y a los niños, niñas y adolescentes, quienes tuvieron que

enfrentarse a estas situaciones tan delicadas, privados de educación, recreación, salud y de su vivienda digna.

A partir de ello nace la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. (UARIV)² es una entidad, que busca reconstruir los daños mencionados anteriormente abarcando las dimensiones individual, colectiva, material, moral y simbólica. En esta entidad se pueden reconocer diversos elementos que pueden ser optimizados permitiendo una mejor prestación del servicio y a su vez promoviendo un cumplimiento eficaz de sus objetivos estratégicos; para esto se elaborará un plan de trabajo en lo concerniente a la recuperación emocional de las víctimas, esta atención a los pacientes desde la clínica, con el enfoque cognitivo-conductual que permitan un mejor desarrollo de las funciones llevadas a cabo en la unidad.

Violencia, Vidal (2008) la define como “la violación de la integridad de la persona, la cual suele ejercerse cuando interviene la fuerza física o la amenaza de su uso, pero también cuando se actúa en una secuencia que causa indefensión en el otro” (p. 17-20). Este autor la considera un proceso en el que participamos todos y no un simple acto cuyo fin es la afirmación del “dominio” a través del cual busca el “control” de la presencia y las condiciones del estar, así como hacer del otro un medio considerándolo como propio y operando siempre sobre el “estar” del sujeto. La violencia se ha hecho algo cotidiano, al punto que sólo considera como tal la agresión

²UARIV es la abreviatura empleada en todo el contenido del plan de trabajo que hace referencia al sitio de práctica.

física o los atentados contra la propiedad, agresiones verbales, " desmanes" en los estadios de futbol o espectáculos; esto lo observamos a diario en los medios de comunicación.

Existen distintas formas de violencia en el mundo: guerras, asesinatos, torturas, desapariciones, para las cuales se han buscado diferentes formas de combatirla. Pero existe también la violencia intrafamiliar o doméstica frente a la cual nuestra sociedad no ha encontrado caminos de solución suficientes.

Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos.

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos en forma brusca, que generan terror e indefensión, y ponen en determinados casos en peligro la integridad física o psicológica de un ser humano y dejan a la víctima del suceso en una situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. (Echeburúa, 2005).

Es decir que estos hechos violentos generalmente causan daño a nivel psicológico y ya depende de las estrategias de cada ser humano para afrontar dichas situaciones, siendo claro que todo cambio genera un choque y más si el cambio es brusco y violento; es por ello que se puede decir que el conflicto armado ha generado a muchas personas afectaciones o daños psicológicos, entendiendo por daño psicológico una lesión o varias lesiones psíquicas agudas producidas por un delito violento, que en algunos casos son subsanados pero en otros se vuelven tan crónicos que interfieren negativamente en su actuar cotidiano.

Ahora bien, Echeburúa (2005) manifiesta que las lesiones psicológicas causadas por el conflicto armado presentan diferentes daños psíquicos como se exponen en la tabla siguiente:

Figura No 1 Daño psíquico en víctimas de delitos violentos (Echeburúa, 2005, modificado)

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de alcohol y de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento).
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual.

Después de revisar la tabla de daños físicos todos estos síntomas o lesiones psíquicas, conllevan a Echeburúa (2005) a mencionar que los trastornos más frecuentes son los adaptativos (estado de ánimo deprimido o ansioso), el trastorno estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala. Se puede afirmar que a un nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión, es decir de estar expuesto a cualquier tipo de peligro y de incontrolabilidad frente a su vida y al futuro de la misma; a nivel fisiológico, la víctima puede presentar

sobresaltos continuos y a nivel conductual, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana.

Atención Psicológica

El modelo de atención, para reparación a víctimas así como la asistencia por parte el estado, y sus instituciones especializadas para este fin, como centros regionales de atención integral, defensorías del pueblo, la personería, la fiscalía y el Ministerio de Justicia y del Derecho, además de organizaciones supranacionales como la OIM, ONU y la USAID, fortalecen la perspectiva del enfoque psicosocial con la incorporación de la mirada desde la acción sin daño aplicada a la intensión individuales de infracciones al Derecho Internacional Humanitario (DIH) o de violaciones graves y manifiestas a los Derechos Humanos (Gaviria 2014).

Ahora bien, desde la atención psicológica desarrollada en esta práctica, se manejó el modelo cognitivo conductual por su efectividad en el tratamiento a víctimas del conflicto armado y en los trastornos más frecuentes que derivan del mismo (depresión, ansiedad, estrés postraumático).

A continuación se hará una breve descripción de los trastornos atendidos.

Estrés postraumático

TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, enfermedad mortal, etc.), en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas (Dongil, 2008).

Esta experiencia puede originar un aprendizaje emocional que tiene como fin proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares (Conejero, de-Rivera, Páez & Jiménez, 2004), pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración (o reexperimentación), hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo). Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional indeleble y vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback).

Depresión

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito

2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza DSM V (2015).

Aspectos generales de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) se ha convertido en una opción efectiva y eficiente para el tratamiento de múltiples perturbaciones psicológicas. Después de que el conductismo y el psicoanálisis fueran las escuelas predominantes en la psicología, surge este enfoque que sería algo así como el heredero de esas dos grandes corrientes, y retoma de estos ciertos elementos, reformula algunos, y propone otros más, todo con el objetivo de establecer teorías y metodologías innovadoras y de alto impacto.

Chambless y Ollendick (2001), plantean que el enfoque cognitivo-conductual posee una gran efectividad en gran parte de las problemáticas de la salud mental que se presentan en la niñez y la adultez. Principalmente en niños, sobre trastornos del comportamiento perturbador, fobias, depresión, trastornos de la eliminación, trastornos de la ansiedad, retardo mental, autismo, etc.; y en adultos, primordialmente en trastornos de ansiedad, estrés, trastornos del estado de ánimo, trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos sexuales, trastorno de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos del sueño.

Zuluaga (2003) plantea que la terapia cognitivo conductual tiene dos corrientes, una técnica y otra conceptual. En cuanto al primer grupo se presentan: condicionamiento encubierto, entrenamiento autoinstruccional e inoculación del estrés; detección del pensamiento, entrenamiento en solución de problemas, autocontrol encubierto. A nivel conceptual se incluyen: la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, cuyo principio es modificar el conjunto de creencias irracionales que subyacen a los problemas emocionales y conductuales; la terapia cognitiva (TC) de Aaron Beck, que busca cambiar las distorsiones cognitivas que mantienen la conducta desadaptativas; la terapia centrada en los esquemas de Jeffrey Young, la cual es una expansión de la TC de Beck.

De otra forma, Beck (2000), manifiesta que existen ciertos principios asociados a la aplicación de la TCC, entre ellos se enuncian: una formulación dinámica del paciente planteada en términos cognitivos, se requiere una alianza terapéutica, enfatiza la colaboración y participación efectiva, está centrada en problemas determinados, se destaca en el presente, es educativa, pretende enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y evitar las recaídas, tiende a ser limitada en el tiempo, las sesiones son estructuradas, ayuda al paciente a identificar y evaluar sus pensamientos disfuncionales y actuar en consecuencia. Además, se sirve de una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

Para corregir las conductas disfuncionales y las distorsiones cognitivas, la terapia cognitivo conductual utiliza un repertorio de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales diseñados para ayudar al paciente en la identificación y corrección de cogniciones disfuncionales, asumiendo que si se piensa

y se actúa en forma realista y adaptativa con respecto a los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en las conductas (Contreras & Oblitas, 2001).

Ya para finalizar este apartado, cabe anotar que la TCC está dirigida principalmente a la modificación de pensamientos irracionales que tienen las personas frente al mundo y frente a ellas mismas. Promueve en los consultantes una postura flexible, realista, adaptativa y funcional sobre la vida, combinando técnicas dirigidas a realizar cambios en el pensamiento y en las conductas.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

Consolidar el proceso de formación en Psicología clínica brindando atención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual a población víctima del conflicto Armado que asiste al CAIV (centro de atención integral a víctimas).

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Iniciar atención psicológica con el fin de diligenciar Historia Clínica Pacientes que soliciten atención.

Identificar datos relevantes en la entrevista Inicial

Establecer diagnósticos a partir de las pruebas Psicológicas aplicadas según impresión diagnóstica y síntomas encontrados.

Constatar por medio de la entrevista los resultados encontrados en la interpretación de las pruebas.

Indagar áreas de intervención del paciente para elaborar los objetivos terapéuticos de las sesiones.

Emplear técnicas psicoterapéuticas cognitivo conductuales acordes con la estructura y la dinámica de los casos.

Evaluar el impacto de las intervenciones a partir de la evolución en los puntajes de las escalas aplicadas durante el transcurso de las sesiones con los pacientes.

Sistematizar la información general recolectada durante el proceso de atención psicológica para facilitar un análisis clínico.

METODOLOGÍA

A continuación se presentarán los elementos metodológicos que orientaron el proceso de práctica clínica “cicatrices invisibles del conflicto armado- sistematización intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual”.

Población

Dentro de las atenciones psicológicas que se llevaron a cabo, asistieron a buscar ayuda profesional un total de 21 pacientes, entre ellos 7 de sexo masculino y 14 de sexo femenino, en edades comprendidas entre los 5 a 69 años entre ellos, distribuidos en: 4 niños, 4 adolescentes, 10 adultos y 3 adultos mayores, las asesorías psicológicas derivaron el hecho victimizante de homicidio y desplazamiento forzado, las personas que buscaron ayuda su relación con la víctima es la siguiente: 2 hermanos (as), 9 hijos (as), 5 esposos (as), 4 compañeros (a) permanentes y 1 progenitora. Su nivel educativo esta en los rangos de: 1 persona que analfabeta, 4 personas que solo estudiaron la primaria, 1 persona que actualmente cursa primaria, 4 que no terminaron su bachiller, 4 personas que terminaron su bachiller, 2 que actualmente están cursando su bachillerato, 1 persona con cursos técnicos, y una persona con pregrado universitario.

Muestra

Se escogieron tres casos, dos de sexo femenino y uno de sexo masculino, residentes en el área metropolitana, con edades: adolescente masculino 13,

adolescente femenino 14 y adulto sexo femenino 54 años; pero para descripción y documentación solo se escogió uno.

Técnicas de evaluación: entrevista a profundidad y batería de pruebas.

Se empleó la entrevista para explorar datos sociodemográficos, antecedentes, situación actual, problemáticas y necesidades, resaltando la utilización de preguntas abiertas, la clarificación, el parafraseo, el resumen por medio de escucha activa por método socrático y recolección de información por medio de historia de vida.

Instrumentos

- ✓ Registro de Preocupaciones
- ✓ Ider. Spielberger, Buena-Casal, & Agudelo. (2008).
- ✓ Escala de Gravedad de síntomas de estrés postraumático. Echeburua (1997).

Procedimiento

- 1) Recepción de los casos: Dentro del proceso de indemnización administrativa realizada por la unidad para las víctimas a cada uno de sus 13 enlaces integrales les asignan 21 casos trimestralmente para realizar el proceso de recuperación emocional, donde en primer lugar se citan grupalmente para explicarles el proceso y para proceder a asignar citas de valoración individual a quienes acepten la intervención psicológica, resaltando el carácter voluntario de la participación, por último a los menores de edad se procede a la lectura y firma del consentimiento informado.

2) Evaluación: durante las cuatro primeras sesiones, se procedió a realizar la recolección de datos por medio de la entrevista, la escucha activa por método socrático, recolección de información por medio de historia de vida, la observación conductual y autorregistros, en la tercera sesión aplicación de pruebas psicotécnicas para corroborar la impresión diagnóstica; posterior a ello se formularon las conceptualizaciones de los casos clínicos, donde se plantearon las posibles hipótesis explicativas acerca de la problemática encontrada en los pacientes y se trazaron los objetivos terapéuticos. En estas primeras 4 sesiones se enfatizó en tener un rapport terapéutico, suceso importante para establecer adherencia y compromiso con el proceso.

3) Intervención: se ejecutaron doce sesiones aparte de las cuatro de evaluación psicológica en la paciente. Teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos planteados en la conceptualización, se ejecutaron las intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual. Las técnicas más utilizadas fueron:

- ✓ Entrenamiento en autoestima
- ✓ Entrenamiento en el control de la ira
- ✓ Resolución de problemas
- ✓ Entrenamiento en relajación-enseñanza de la relajación autógena.
- ✓ Respiración diafragmática y autógena de Benson

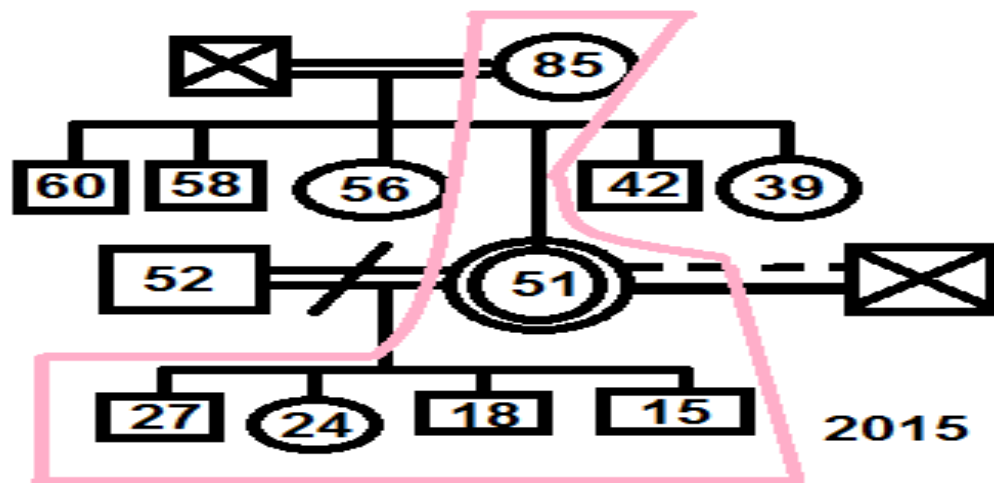
- ✓ Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum sobre autoverbalizaciones positivas.
 - ✓ Terapia racional-emotiva de Ellis (1989) y la funcionalidad del ABC. Unir sus pensamientos y emociones con sus conductas.
 - ✓ Entrenamiento en exposición a las preocupaciones.
- 4) Seguimiento: a partir de una sesión con la paciente, un mes después de culminado el tratamiento con la paciente, se evaluó la efectividad del programa terapéutico a corto plazo y se realizaron ajustes los ajustes y orientaciones pertinentes para el mantenimiento de cambios positivos
- 5) Sistematización de los resultados: después de terminar los procesos de intervención se procedió a sistematizar los datos más representativos con el fin de facilitar el análisis del caso elegido.

FORMULACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Identificación del paciente

Paciente llamada F.A (nombre figurado), es una mujer de 54 años de edad, quien terminó sus estudios de bachiller académico, la familia de la paciente está conformada por su progenitora y sus cuatro hijos, hombre de 27 años, mujer de 24 años, 2 adolescentes uno de 18 años y otro de 15 años.

Figura No 2 Genograma



Motivo de consulta

“Yo no soy capaz de desenvolverme, se me sube la tensión cuando me ponen a realizar trámites de lo ocurrido de la muerte de mi esposo, me da tristeza y depresión recordar todo lo que paso”

Acontecimientos y experiencias significativas en la historia individual, familiar y/o contextual:

- ✓ Homicidio de su compañero permanente
- ✓ Desplazamiento forzado
- ✓ Despojo forzado de la finca y su negocio
- ✓ Diagnosticada con enfermedad ruinosa y crónica Hansen de tipo

tuberculoide

Descripción del paciente

Mujer de 53 años, en el área física F.A es de contextura delgada, color de piel morena, aproximadamente mide 1,60; su peso corporal es de 58 kilogramos, color de ojos marrón oscuro, nariz perfilada y labios gruesos, su vestimenta a pesar de ser pulcra y aseada, se ve la ropa vieja, zapatos en mala estado, su condición de salud hace que sus úlceras presenten mal olor.

En el área emocional evidencia sentimientos de agresividad e ira, llanto fácil, desesperanza.

Dentro del área mental se encuentra que F.A se encuentra ubicada en espacio, tiempo, lugar y persona.

Historia del problema

En el año 2007 F.A sufre la muerte de su esposo a causa del conflicto armado interno Colombiano en la ciudad de Ocaña, Norte de Santander por miembros de la guerrilla, por ese mismo motivo y por orden de este grupo armado tienen que abandonar la finca donde vivía ella y sus hijos, en el plazo máximo de 8 días, deciden venirse a vivir a Bucaramanga ya que su progenitora vive en esta ciudad, su madre esta

diagnosticada con enfermedad ruinosa y crónica Hansen de tipo tuberculoide, a lo cual F.A también es contagiada. Sus problemas económicos empiezan a notarse ya que por su edad y por su enfermedad en ninguna empresa le dan empleo, por muerte de su compañero permanente no elabora el duelo de la pérdida de su ser querido ni de sus enseres, lo que hace que sus sentimientos de tristeza y desesperanza cada día sean mayores, cuando se inicia el proceso de indemnización se evidencia que la activación ante el hecho es muy notorio ya que se encuentra siempre a la defensiva, se evidencia con poca confianza en las demás personas y su excesivo estado de alerta. Se muestra que la paciente también tiene manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación al suceso.

La relación con sus hijos y su madre es buena, aunque viven económicamente muy condicionados puesto que se les ha hecho difícil conseguir empleo; por este motivo en ciertas circunstancias tienen roces y peleas entre hermanos que ella la cataloga como eventos normales de una familia común.

Respecto al tratamiento médico por su salud física y mental ha tenido diversos inconvenientes y recaídas por la problemática nombrada anteriormente, escases en los recursos económicos que hacen que no pueda asistir puntualmente a las citas estipuladas, o a reclamar sus medicamentos de usos diarios, malos hábitos de alimentación, a lo que se une también su tristeza, miedos, angustias y somatizaciones excesivas de diferentes dolores físicos.

Evaluación del caso

Para la evaluación de F.A se emplearon dos pruebas escala de gravedad de síntomas del estrés postraumático y el IDER, así como registros de observación y registro de preocupaciones. La fuente de recogida de información fue la propia F.A, junto con el diagnóstico de psiquiatría.

En primer lugar se aplicó la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático que funciona a modo de entrevista semiestructurada, es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994).

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación (Echeburua 1997).

En segundo lugar para realizar una valoración sobre la posible comorbilidad de trastorno del estado del ánimo: Distimia, se consideró pertinente aplicar el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDER), es un inventario autoevaluativo diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar de manera rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, así como

sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad. Tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. Trece de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que los restantes son ítems antagónicos con la depresión. El sujeto debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuestas: No en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3 puntos) y Mucho (vale 4 puntos). La escala de depresión como rasgo permite identificar a las personas que tienen propensión a sufrir estados depresivos, y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems (10 inversos y 12 directos) que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuestas son: Casi nunca (que vale 1 punto), Algunas veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos). La calificación se obtiene mediante la suma algebraica de las puntuaciones de los ítems directos e inversos, a cuyo resultado se le suma el valor 50 para conseguir que todos los valores sean positivos. Las puntuaciones oscilan entre 20 y 80 puntos para la escala estado; y entre 22 y 88 puntos para la escala rasgo. Tanto la depresión estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas. Las cifras que están cercanas a los puntos de corte pueden resultar de interés, pero realmente tienen valor diagnóstico los valores superiores a 50 (Spielberger, Buéla-Casal, & Agudelo. 2008).

Análisis funcional

Se observa que F.A obtiene una calificación general en la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático:

Calificación en la escala de re experimentación: 9, evitación: 15; activación: 13, manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación al suceso: 15. Dentro de estos resultados encontrados se observa que la paciente de acuerdo a las esferas de la prueba aplica para ser diagnosticada con un trastorno de estrés postraumático debido al conflicto armado interno; por el hecho victimizante del homicidio de su compañero permanente, el desplazamiento y el despejo de sus tierras, como se evidencia en la puntuación obtenida, tiene un alto puntaje en evitación del suceso, por ello debe esforzarse por evitar recordar el suceso traumático, en lo referente a la escala de activación también puntúa alto, lo que evidencia el estado de estar a la defensiva mostrando alteraciones en su estado de ánimo (rabia, histeria, malgenio, llanto fácil), la poca confianza en las personas y su excesivo estado alerta. En la esfera de reexperimentación también puntúa alto, lo que confirma sus estados de ánimo al venir al CAIV (centro de atención integral a víctimas) y la manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación al suceso.

Con referencia a la prueba aplicada IDER la puntuación obtenida es:

Estado: eutimia: 98; Distimia: 97; puntuación total 98

Rasgo: eutimia: 96; Distimia: 85; puntuación total 90.

Paciente que de acuerdo a estas puntuaciones aplica para ser diagnosticada con trastorno del estado de ánimo: Distimia.

Registro de preocupaciones: escasas de dinero para satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestuario, pago arriendo, estudio de sus hijos, con una frecuencia diaria con una estimación de gravedad de 10/10, acerca de su salud con una frecuencia diaria con una estimación de gravedad de 8/10, preocupaciones acerca de que otras personas puedan atacarla, hacerle daño, correarla de donde está viviendo, con una frecuencia diaria en una estimación de gravedad de 7/10; lo que evidencia que son frecuentes estos pensamiento.

Figura No 3 ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO DE F.A

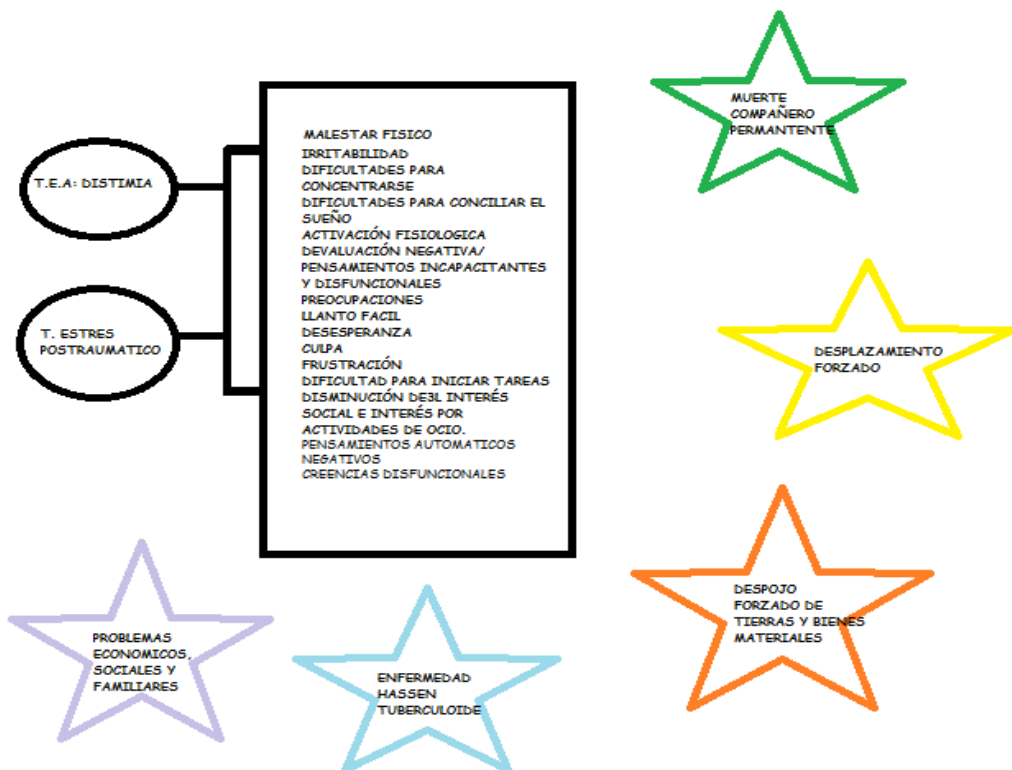


TABLA No 2 PLAN DE TRATAMIENTO

<i>PLAN DE TRATAMIENTO</i>	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	Comorbilidad de trastornos: Estrés Postraumático y trastorno del estado del ánimo: Distimia.
MODELO TERAPEUTICO	Cognitivo- Conductual
PRUEBAS APLICADAS	IDER (Spielberger, Buena-Casal, & Agudelo, 2008). Escala de Gravedad de síntomas de estrés postraumático. Echeburua (1997).
INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS	<p>Ider: Puntuación en estado: Eutimia: 98; Distimia: 97; Puntuación total 98.</p> <p>Puntuación en Rasgo: Eutimia: 96 y Distimia: 85; Puntuación total: 90</p> <p>Paciente que de acuerdo a estas puntuaciones y lo hallado en la entrevista aplica para ser diagnosticada según criterios del DSM V con trastorno del estado de ánimo Distimia.</p> <p>Escala de Gravedad De síntomas del trastorno postraumático:</p> <p>Reexperimentación: 9</p> <p>Evitación: 15</p> <p>Activación: 13</p> <p>Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación al suceso: 15</p> <p>Paciente que de acuerdo a los resultados encontrados, haber sido víctima directa del conflicto armado, la entrevista y los criterios del DSM V, aplica para ser diagnosticada con trastorno</p>

	de estrés postraumático.
ÁREAS DE INTERVENCIÓN	<p style="text-align: center;">ÁREA CONDUCTUAL</p> <p>Estrategias inadecuadas de manejo de emociones Lenguaje: verbalizaciones constantes sobre sus problemas, dificultades y síntomas; ausencia o disminución marcada de conductas de comunicación</p> <p style="text-align: center;">Esfera interpersonal: aislamiento, soledad, pasividad, conductas sumisas en las relaciones con los demás, búsqueda de validación externa del propio valor, conflicto y/o deterioro de las relaciones interpersonales, actividades de ocio reducidas o inexistentes</p> <p style="text-align: center;">ÁREA COGNITIVA:</p> <p>Pensamientos automáticos negativos (pensamientos negativos acerca de sí mismo, de los demás, del futuro)</p> <p>Creencias disfuncionales (para ser feliz tengo que volver al lugar donde me desplazaron y tener mi casa.</p> <p style="text-align: center;">Estilo atribucional disfuncional (atribuciones causales internas, globales y estables ante sucesos negativos)</p> <p>Déficit en habilidades de solución de problemas</p> <p style="text-align: center;">ÁREA FISIOLÓGICA</p> <p style="text-align: center;">Alteraciones del sueño- insomnio Molestias físicas</p> <p style="text-align: center;">ÁREA EMOCIONAL Y MOTIVACIONAL</p> <p>Emociones negativas: tristeza, desamparo, desesperanza, rencor, autodesprecio, culpa, frustración, fracaso, vacío, vergüenza, irritación, aburrimiento, afecto embotado</p> <p style="text-align: center;">Anhedonia (incapacidad para experimentar emociones positivas)</p> <p>Ausencia de reactividad ante recompensas/refuerzos</p>

	Abulia (dificultad para iniciar tareas/actividades, disminución del interés social, del interés por actividades de ocio, etc.)
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	<p>Modificación de los síntomas Objetivos. Consiste en tratar los componentes cognitivos, afectivos, conductuales, fisiológicos, motivacionales que conforman el trastorno.</p> <p>Detección y modificación de los pensamientos automáticos, como productos de las distorsiones cognitivas.</p> <p>Identificación de los supuestos personales y modificación de los mismos.</p> <p>Mejorar su Auto concepto</p> <p>Revisar sus Acontecimientos positivos y negativos</p> <p>Trabajar sobre sus procesos emocionales- identificación y reconocimiento de emociones, reacción y comunicación de las emociones.</p> <p>Enriquecer el estilo y habilidades personales- Relaciones personales y con su entorno.</p> <p>Psicoeducación del paciente - Identidad Depresiva.</p>

TABLA No 3 APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

SESIÓN	CONTENIDO	TAREAS PARA LA CASA
1ª Motivo de consulta y recogida de información	Presentación, motivo de consulta, historia del problema, entrevista con F.A y su familia.	
2ª Recogida de información y evaluación	Entrevista con F.A y Se aplica la escala para revisar su salud mental a nivel de un trastorno de estrés postraumático.	Autorregistro de las preocupaciones que aparezcan durante la semana.

	<p>Escala de gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático. Echeburua (1997).</p> <p>Se evaluaron las esferas de reexperimentación, evitación y activación, ya que en la entrevista inicial en su motivo de consulta se puede evidenciar que dado los hechos del conflicto armado manifiesta síntomas característicos de dicho trastorno.</p>	
3 ^a Recogida de información y evaluación	<p>Dado a los síntomas encontrados a parte de los característicos del estrés postraumático se evidencia en la entrevista llanto fácil, sentimiento de desesperanza, alteración de sus emociones, lo que conlleva a indagar un posible trastorno del estado de ánimo para lo cual se hace la aplicación en esta sesión de la prueba IDER (Spielberger, Buela-Casal, & Agudelo, 2008).</p>	<p>Autorregistro de las preocupaciones con nivel de activación e interferencia en la vida diaria.</p>
3 ^a Devolución de la información	<p>Psicoeducación:</p> <p>Análisis funcional: Informar a F.A y a sus hijos a cerca del problema. ¿Qué es el trastorno de estrés postraumatico? ¿Qué es la depresión? Papel de los pensamientos y preocupaciones en el de los dos trastornos.</p> <p>Comentar resultados de la evaluación, observar Auto-registros y mostrar los objetivos terapéuticos.</p>	
4 ^a Entrenamiento	<p>Resolver dudas de la sesión anterior.</p>	<p>Registro de Pensamientos</p>

<p>en reestructuración cognitiva</p>	<p>Explicar en qué consiste la terapia racional-emotiva de Ellis (1989) y la funcionalidad del ABC.</p> <p>Unir sus pensamientos y emociones con sus conductas; Estrategias inadecuadas de manejo de emociones</p> <p>Lenguaje: verbalizaciones constantes sobre sus problemas, dificultades y síntomas.</p>	<p>distorsionados y registro de activación psicofisiológica: ¿Cuánto activado estoy? 0-10.</p>
<p>5^a Entrenamiento en reestructuración cognitiva: discusión cognitiva y entrenamiento en relajación</p>	<p>Repaso de la sesión anterior.</p> <p>Observar registros.</p> <p>Debatir los Pensamientos automáticos negativos (pensamientos negativos acerca de sí mismo, de los demás, del futuro)</p> <p>Creencias disfuncionales (para ser feliz tengo que volver al lugar donde me desplazaron y tener mi casa.</p> <p>Estilo atribucional disfuncional (atribuciones causales internas, globales y estables ante sucesos negativos).</p> <p>Entrenamiento en relajación. Respiración diafragmática de Benson (1975). Enseñar cómo hay que respirar para relajarse. Cautela y Groden (1985).</p>	<p>Registro de pensamientos y preocupaciones</p>
<p>6^a Entrenamiento en relajación diafragmática y en</p>	<p>Repaso de la sesión anterior.</p> <p>Observar registros.</p>	<p>Practicar relajación en casa, medir la activación psicofisiológica</p>

<p>autoinstrucciones.</p>	<p>Entrenamiento en relajación. Enseñanza de la relajación autógena. Continuación con la respiración diafragmática y autógena de Benson.</p> <p>Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (1977) sobre autoverbalizaciones positivas. “Puedo hacerlo bien”, “puedo conseguir lo que desee” “voy a estar bien de mi enfermedad, “ mis hijos van a lograr graduarse”.</p> <p>Exposición a Jerarquía de ítems en relación a diferentes situaciones/ preocupaciones que le causan nerviosismo o depresión y en las que F.A especificó, desde la situación que menos malestar le producía hasta la que mayor malestar le producía, para comenzar con la terapia en imaginación y en vivo.</p> <p>Debate socrático: Pensamientos distorsionados. Repasar los pensamientos registrados.</p>	<p>antes y después.</p> <p>Registrar pensamientos con alternativas de pensamiento y en las autoverbalizaciones positivas.</p>
<p>8° Entrenamiento en exposición prolongada en vivo asistida por el terapeuta.</p>	<p>Repaso de la sesión anterior. Supervisar las tareas de la sesión anterior.</p> <p>Entrenamiento en exposición a las preocupaciones. Mediante una escala de 0-100 se especificó la exposición a las preocupaciones, 100 como máximo malestar y 0 como mínimo de malestar.</p> <p>Las preocupaciones fueron un</p>	<p>Practicar relajación y registrar alternativas de pensamiento y exposición in vivo.</p>

	<p>total de 18 (que correspondían a preocupaciones de su alojamiento, alimentación, enfermedad-salud, educación de sus hijos)</p> <p>En cada sesión, se exponía en imaginación a dos situaciones preocupantes.</p>	
<p>9º Entrenamiento en exposición en imaginación y en vivo.</p> <p>Entrenamiento en autoestima.</p>	<p>Resolver dudas de la sesión anterior.</p> <p>Entrenamiento en imaginación y en vivo ante las exposiciones.</p> <p>Empezar a elaborar una lista con aquellos aspectos que más le gustan de sí mismo.</p> <p>Que cosas hace bien. Reconocer sus talentos. Identificar las áreas a mejorar</p> <p>Debate socrático: Debate socrático: Pensamientos distorsionados sobre como se ve, que no le gusta y cuáles son sus defectos</p>	<p>Exposición in vivo y actividades de relajación</p>
<p>10 aplicación test y Entrenamiento en exposición en imaginación y con ayudas audiovisuales.</p>	<p>Se aplican nuevamente las escalas IDER Y Escala de gravedad de síntomas del trastorno estrés postraumático para revisar la efectividad del tratamiento.</p> <p>Resolver dudas de la sesión anterior.</p> <p>Entrenamiento en exposición en imaginación y continuar con exposición en con ayudas audiovisuales.</p>	<p>Realizar autorregistro de pensamientos</p>
<p>11 Entrenamiento en exposición con</p>	<p>Entrenamiento en exposición con ayudas audiovisuales y continuar con</p>	

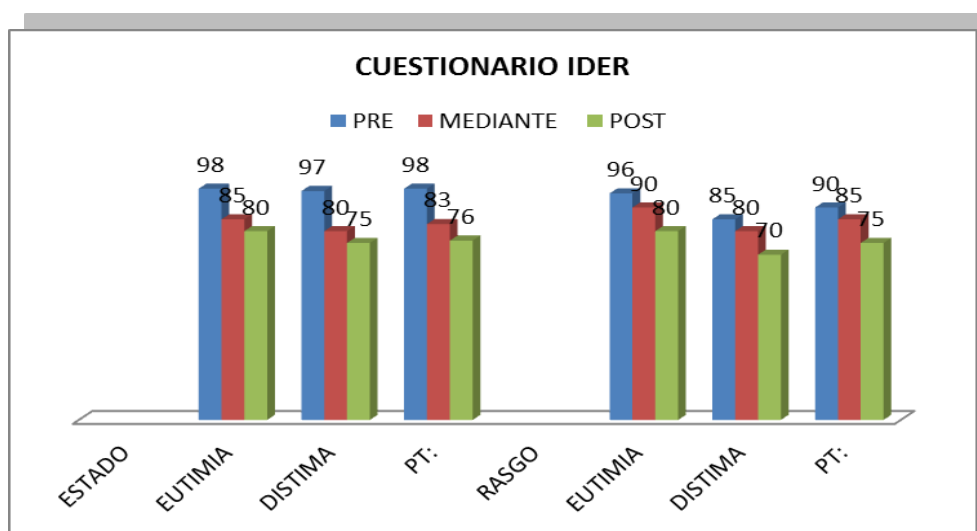
ayudas audiovisuales y exposición utilizando escritura.	la exposición utilizando la escritura, para que pueda expresar más ampliamente sus sentimientos y emociones.	
12 entrenamientos en exposición interoceptiva para medir sus activaciones fisiológicas.	Entrenamiento en exposición a sensaciones corporales a las cuales se tiene miedo.	
13 Organización del tiempo	Entrenamiento en el control del tiempo, estableciendo objetivos a corto, mediano y largo plazo.	Realizar el proyecto de vida junto con sus hijos.
14 resolución de problemas	Revisar el proyecto de vida. Entrenamiento en resolución d problemas. Establecer posibles problemas y las posibles alternativas de solución,	Preparar una exposición para las víctimas del conflicto armado sobre el trastorno depresivo.
15 entrenamiento en habilidades sociales	Realizar la exposición preparada sobre el trastorno depresivo. Realizar exposición simulada (ensayo conductual), junto con otro psicólogo realizar el juego de roles sobre la documentación solicitada para la indemnización del homicidio de su compañero permanente.	
16 aplicaciones post tratamiento- avances del tratamiento.	Aplicación de las escalas IDER y escala de gravedad de síntomas del trastorno estrés postraumático para confrontar la eficacia del tratamiento. Preparación para afrontamientos futuros, lista de posibles situaciones problema y sensaciones. Alternativas de pensamientos y observación de los avances de F.A durante el tratamiento.	

RESULTADOS

En la figura 4 se muestran las medidas de la evaluación mediante el cuestionario IDER, este gráfico presenta la puntuación del trastorno del estado de ánimo: distimia de F.A antes del tratamiento, en el tratamiento y ya finalizado el tratamiento terapéutico empleado desde la terapia cognitivo conductual.

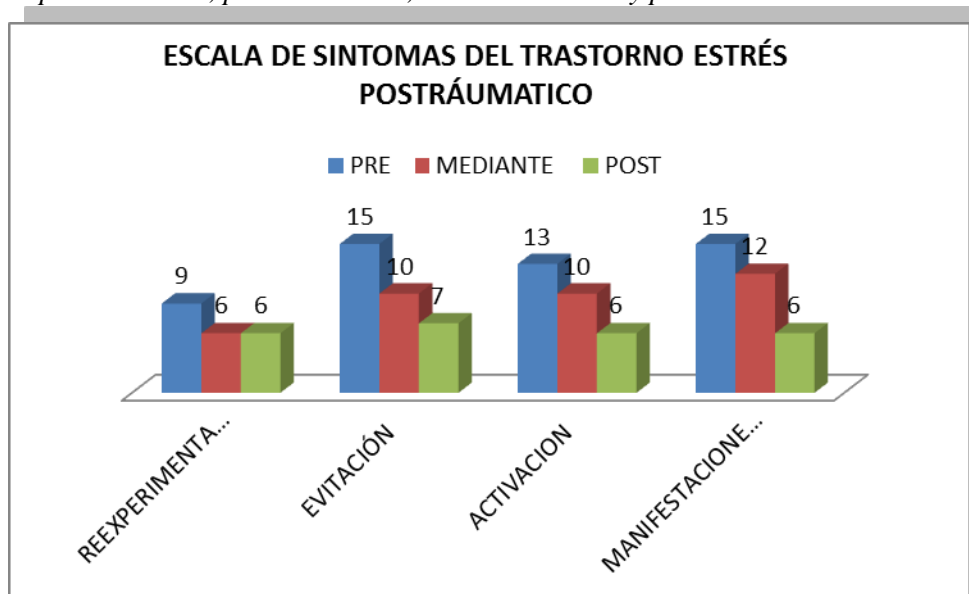
En relación con los datos encontrados en el IDER, F.A evidencia una mejoría del pre tratamiento al pos tratamiento, ya que después de la intervención la puntuación de F.A es menor que en el pre tratamiento, dándose por resultado final en el cuestionario Ider en la escala estado: eutimia: 80; distimia: 75; para una puntuación total de 76; mientras que en la escala rasgo: eutimia: 80; distimia: 70 y una puntuación total de 75.

Figura No 4 Resultados Cuestionario IDER, pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento terapéutico.



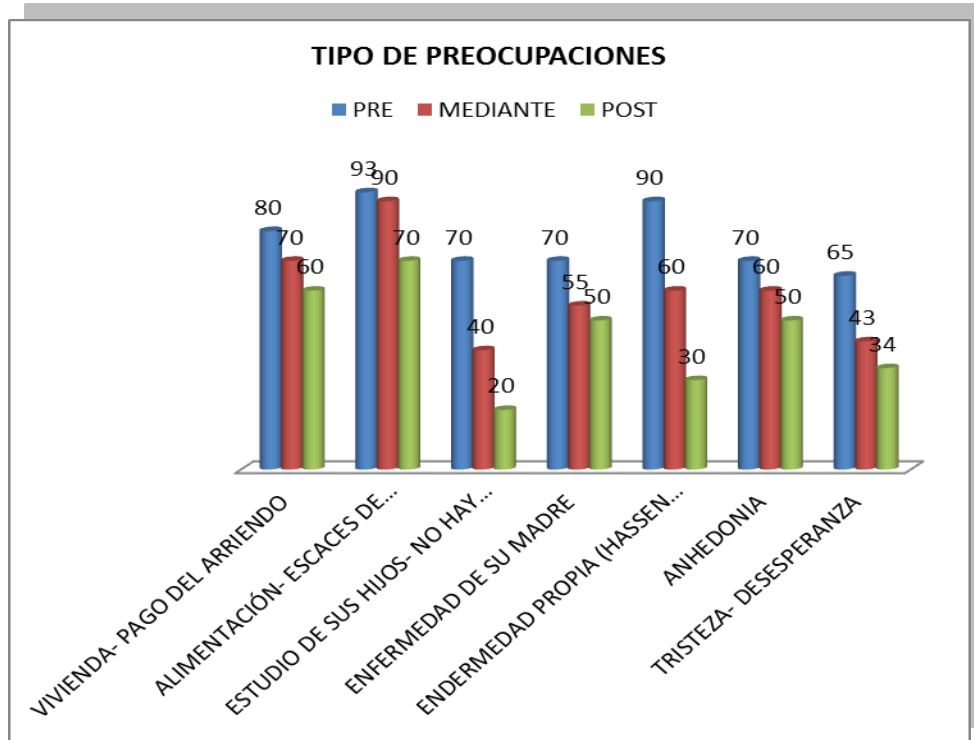
En la figura 5 se puede evidenciar que en la paciente F.A se evidencia una mejoría frente a la escala de gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, ya que antes de aplicar el tratamiento las puntuaciones eran mayores que después de haber sido aplicadas las técnicas cognitivas conductuales en esta paciente, finalizando la puntuación en cada escala de la siguiente manera: en la escala de reexperimentación obtuvo una puntuación de 6, cuando al iniciar puntuó 9; en evitación su puntuación final fue de 7, habiendo iniciado en una puntuación de 15, en la activación se vieron resultados un poco más eficaces ya que su puntuación final fue de 6 habiendo iniciado en 13; de igual forma se evidencia eficacia en el tratamiento en la manifestaciones somáticas ya que finaliza con un puntaje de 6 habiendo iniciado en 15.

Figura No 5 Resultados de la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento.



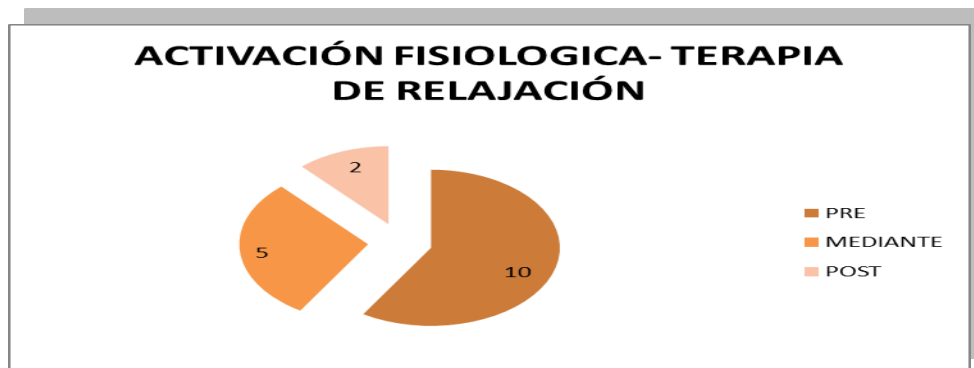
En La figura número 6 se evidencia el registro de preocupaciones desde el pre tratamiento, durante el tratamiento y posterior al tratamiento donde se aplicaron técnicas cognitivas- conductuales. Se encuentra que las preocupaciones de la paciente F.A se centran en la no satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, que hacen referencia a alojamiento, vivienda, educación, salud, además su condición de una edad avanzada y su enfermedad hacen que las opciones de trabajo sean pocas y en consecuencia las preocupaciones económicas aumentan; se evidencia que la preocupación del estudio de sus hijos disminuye notablemente ya que desde la unidad para las victimas se logró asignar unos cupos en la universidad del pueblo junto con un subsidio de transporte y mantenimiento; igual se observa una disminución en la preocupación de la enfermedad propia (hassen tuberculoide) ya que desde la unidad para las victimas el juridico entablo una tutela a la EPS-s donde el fallo fue positivo y le adjudicaron un subsidio de transporte para las terapias y la facilidad para sus citas, tratamientos y medicamentos, en la vivienda se logró vincular a la paciente F.A inscribir en los subsidios de vivienda, la puntuación no disminuye ya que la inscripción y que se encuentre en el estado calificado, brinda una garantía del subsidio, pero estas casas estan para entrega a mediano plazo, es decir aproximadamente 4 años.

Figura No 6 resultados de el registro de preocupaciones en el pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento.



En la figura número 7 se logra evidenciar que la tecnica de relajación fue eficiente en la paciente F.A ya que su puntuación antes del tratamiento en una escala de (1-10), era 10 y posterior al tratamiento su puntuación es 2.

Figura No7 resultados de la activación fisiologica, pre tratamiento, en el tratamiento y posterior al tratamiento.



DISCUSIÓN

Tras una evaluación llevada a cabo durante cuatro semanas y la aplicación del tratamiento durante las siguientes 12 semanas, los resultados indicaron que mediante la intervención se consiguió que F.A redujera notablemente la activación fisiológica, además se logró reducir el listado de sus preocupaciones, mejorar su capacidad para relajarse, concentrarse, el manejo de las emociones- relaciones sociales y afrontar los problemas.

En relación con las preocupaciones que activan inmediatamente los sentimientos de tristeza, desesperanza y llanto, se lograron reducir las preocupaciones relacionadas con el estudio de sus hijos, la de salud de su madre y de ella misma, la de vivienda a mediano plazo; donde se evidenció el goce efectivo de derechos en la consecución de becas, en el fallo a favor de la tutela para poder acceder a salud prioritariamente y a ser calificada en un subsidio de vivienda; por medio de la técnica de resolución de problemas.

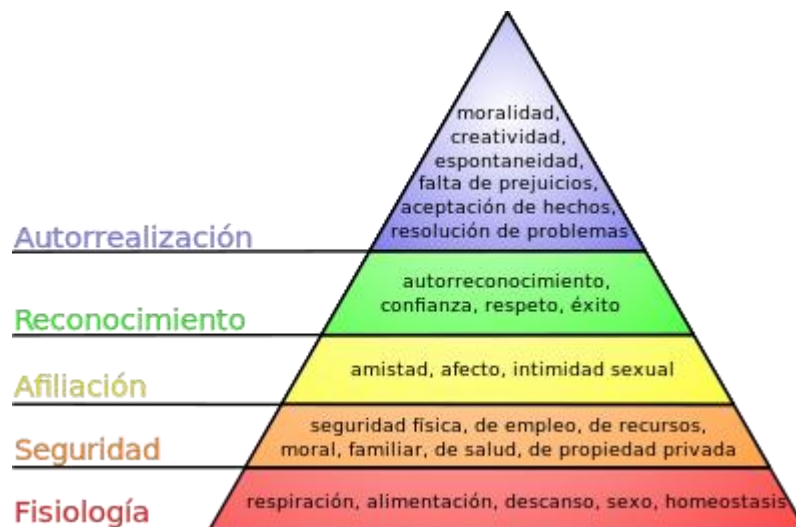
Se logró disminuir las respuestas de evitación y activación, focalizando su atención en pensamientos positivos, en este sentido la relajación tuvo un papel fundamental, ya que al conseguir relajarse en estas situaciones evitaba las manifestaciones de somatización (dolor de cabeza, mareo, hipertensión) y las expresiones de emociones negativas (rabia, ira, llanto).

De acuerdo a las pruebas aplicadas en este caso el IDER y la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático evidencian en su puntuación una disminución de estos resultados en sus diferentes áreas, pero no las

suficientes para decir que el tratamiento fue eficaz totalmente en la paciente, ella manifiesta “ a pesar que las técnicas que me ha enseñado la doctora, yo llego a mi casa y cuando me empiezan a cobrar el arriendo y el señor me amenaza con echarme para la calle, cuando me cortan los servicios, cuando paso el día junto con mi familia con solo un plato de comida (agua de panela y pan) todo lo que me ha enseñado la doctora se me olvida, ya no recuerdo cuanto valgo, que pensamientos positivos debo tener y pienso mucho en cómo resolver los problemas, sería más fácil si pudiera conseguir un trabajo, pero así vieja y enferma quien me da trabajo, porque con tantas necesidades eso es como para uno volverse loco, o por lo menos querer salir corriendo para otro mundo”.

A partir de lo anterior Maslow plantea las necesidades humanas tales como se describen en la figura No 8

Figura No 8 Jerarquía de necesidades Maslow (1934)



De acuerdo a esta gráfica el caso de la paciente F.A se evidencia que debido a los sucesos ocurridos (el conflicto armado interno colombiano) ha dejado cicatrices

invisibles en su vida, ya que debido a ello sus necesidades humanas como lo plantea Maslow en sus cinco etapas no se encuentran satisfechas, un obstáculo para satisfacer una necesidad o la falta de satisfacción de una por completo, puede llevar a la persona a la frustración, convirtiéndose en una gran amenaza psicológica para el individuo. Lo que lo puede llevar a atentar contra su vida o la del resto de las personas que lo rodean. Maslow (1983) Pg 44.

De acuerdo a lo descrito anteriormente este trabajo aporta a la comunidad científica un estudio de un caso clínico especializado sobre la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual en paciente con comorbilidad de trastornos: estrés postraumático- depresión vs la falencia del estado Colombiano en el restablecimiento de derechos de las víctimas del conflicto armado interno colombiano. Según Baguena (2001) los tratamientos que han demostrado mayor eficacia para el TEPT han sido los cognitivo-conductuales. Entre ellos destacan dos tipos de tratamiento altamente eficaces: 1. Los tratamientos que incorporan elementos de la inoculación de estrés como la psicoeducación sobre el trauma, entrenamiento en relajación muscular, reentrenamiento en respiración, juego de roles, modelamiento encubierto, auto-diálogo guiado y detención de pensamiento, ya que permiten a los pacientes comprender y controlar sus reacciones ante el trauma (Botero, 2005). 2. Los tratamientos basados en la exposición, ya que rompen la asociación entre el evento traumático y la respuesta emocional condicionada, favoreciendo la extinción de esta última (Baguena, 2001).

CONCLUSIONES

La realización de la práctica profesional en la Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas hizo posible aprender en los diferentes campos de actuación del psicólogo, específicamente en el clínico ya que permitió elaborar un ejercicio de evaluación de los pacientes que a diario consultan, donde posibilitó entonces poder aterrizar ciertos aspectos teóricos adquiridos en la formación académica a través del ejercicio práctico, logrando desarrollar importantes habilidades para el ejercicio profesional del psicólogo.

En el ámbito clínico, que formaba el eje principal de la práctica, se evidenciaron variados aspectos que permitieron la reflexión alrededor de la teoría en el enfoque cognitivo conductual, las conceptualizaciones y aplicaciones. A partir del acercamiento a los pacientes, a sus vivencias y particularidades fueron posibles nuevos aprendizajes donde converge lo teórico, lo práctico y lo ético.

En cuanto a la atención clínica se puede reconocer que la evaluación de la problemática derivada del conflicto armado se llevó a cabo con herramientas adecuadas que lograron dar luces a unas áreas de intervención claras a nivel físico, cognitivo y comportamental, logrando así establecer los objetivos claros a proponer para la terapia.

De acuerdo con las atenciones psicológicas brindadas se reconoce como en la población atendida, se encuentra variedad, de niños, niñas, adolescentes, adultos y

adultos mayores, debido a que los motivos de consulta más frecuentes obedecen a estrés postraumático, ansiedad, depresión, problemas de conducta, baja autoestima, desesperanza en el futuro. Casos en los que fue necesario por una parte desarrollar los procesos de evaluación y por otro lograr la vinculación de los padres y al entorno familiar a través de la Psicoeducación.

También se encuentra como motivo de consulta frecuente problemas asociados al ajuste a transiciones del ciclo vital, en los cuales se evidencian las dificultades cuando el entorno del individuo se transforma teniendo repercusiones negativas, como desplazamiento forzado, despojo de bienes y/o materiales, homicidios, cambio de institución académica, cambio de domicilio. En consecuencia los procesos psicoterapéuticos estuvieron orientados a la posibilidad que el sujeto se adaptara, a través de modificaciones conductuales y de la identificación y reestructuración de las creencias irracionales que interfieren con un funcionamiento adecuado.

Finalmente se debe tener presente que lo aprendido resulta tan solo el inicio de la formación, pues la práctica profesional deja ver el gran espectro frente a las nuevas preguntas, inquietudes y caminos por recorrer en la Psicología y los alcances que puede tener, ya que se puede ofrecer los tratamientos más eficaces frente al papel, pero existen factores exógenos que no permiten un mayor goce en personas que lo han perdido todo y que el estado no ha podido reparar, lo que generalmente va a generar frente al consultante miedos, angustias y recaídas pues es también cierto que

la parte económica, vivienda y educación generan momentos críticos de profunda desolación, frustración y tristeza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479- 492.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. (2da edición). Barcelona. Gedisa.
- Botero, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático en ex combatientes colombianos. *Universitas psicológica*, 4(2), 205- 219.
- Cifuentes, M. (2009). Familia y conflicto armado. Desarrollo humano universidad de Caldas.
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2001), Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of psychology*, 52, 658-716.
- Contreras, A. & Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual, teoría y práctica*. (2da edición). Bogotá: Psicom Editores.
- Dongil-Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 14, 265-288.
- Echeburua, E. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos. *Psicología clínica legal y forense*. Volumen 5. Vasco. 2005. Consultado el: 20 de junio de 2015 <http://www.masterforense.com/pdf/2005/2005art3.pdf>

Gaviria B.; P. (2014). Elementos para la incorporación del enfoque psicosocial en la atención, asistencia y reparación a las víctimas. Unidad para la atención y reparación a las víctimas, Ed. Procesos Digitales, Bogotá.

Segura, S. E. (2010), Impacto del conflicto armado interno en la familia colombiana. Estudios en derecho y gobierno. Volumen 3 No 2. Consultado el 22 de junio del 2016 desde: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/files/54_10644_conflicto-armado-y-familia.pdf

Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). (2014). Disponible en: <file:///C:/Users/ADRIANA/Downloads/COL%20462.pdf>

Vidal F., F (2008) “Los nuevos aceleradores de la violencia remodelada” en García-Mina F., A. (Coord.) (2008) Nuevos escenarios de violencia. Reflexiones Comillas Ciencias Sociales I. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Welzer-Lang (1992)

ANEXOS

1. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

D./Dña _____
____ mayor de edad, con domicilio en _____ C/
_____ DP _____ con NIF _____, padre
del/la _____ menor _____

____ Y
Dña _____

mayor de edad, con domicilio en _____ C/
_____ DP _____ con NIF _____, madre

del/la citado/a menor MANIFIESTAN Que consienten en la participación en el
tratamiento psicológico de su hijo/hija _____ de ____ años de
edad¹, llevado a cabo por D./ Dña _____

psicólogo/psicóloga colegiado/a ____ Que hemos sido informados de que la
información aportada al psicólogo/psicóloga durante el proceso terapéutico está sujeta
a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas
sin nuestro consentimiento expreso. Que hemos sido informados que el/la
psicólogo/psicóloga está obligado/a a revelar ante las instancias oportunas información
confidencial en aquellas situaciones que pudieran representar un riesgo muy grave
para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así le fuera ordenado
judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna
información, el/la psicólogo/psicóloga estará obligado/a a proporcionar sólo aquella
que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de

cualquier otra información. Que aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta.2 Que hemos sido informados y consentimos en que nuestro hijo/hija asista a _____ sesión/sesiones semanales de _____ minutos de duración. Los honorarios por cada una de estas sesiones serán de _____ euros que serán abonados al comienzo/final de cada sesión. En el caso de no ser posible la asistencia a alguna, lo comunicaremos con al menos 24 horas de antelación. En caso contrario seremos financieramente responsables de esa sesión perdida, a menos que se trate de un accidente o enfermedad imprevista, debiendo abonar los honorarios correspondientes al comienzo de la siguiente sesión. 1 A partir de los doce años habrá que considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuanto mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento. 2 Los aspectos de los que se informará a los padres y aquellos que de los cuales se mantendrá la confidencialidad y que, por tanto, quedarán restringidos a la relación entre el menor y el terapeuta, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres, menor y terapeuta) 3 Estas condiciones (número de sesiones requeridas y honorarios) serán renegociadas cada _____ meses, según la evolución de la terapia .En el caso de que el/la psicólogo/psicóloga lo estime necesario, consentimos/no consentimos en que se registre la sesión mediante medios audiovisuales para su revisión personal.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del menor Nombre:

Firma de/la terapeuta

TP

2. Historia Clínica

Fecha de Evaluación: _____

Datos de Identificación

NOMBRE CONSULTANTE:
DOCUMENTO IDENTIDAD:
DIRECCIÓN:
NIVEL EDUCATIVO:
OCUPACIÓN:

EDAD:
FECHA NACIMIENTO:
TELÉFONO:
ESTADO CIVIL:
ENTIDAD:

NOMBRE DEL ACUDIENTE:
PARENTALIDAD:

EDAD:
OCUPACIÓN:

Historia Clínica

MOTIVO DE CONSULTA:

ACONTECIMIENTOS Y EXPERIENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LA HISTORIA INDIVIDUAL,
FAMILIAR Y/O CONTEXTUAL:

GENOGRAMA / RELACIONES PARENTOFILIALES:

DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Lenguaje	→	Producción	<input type="checkbox"/>	Conciencia	→	Tiempo	<input type="checkbox"/>
	→	Fluidez	<input type="checkbox"/>		→	Lugar	<input type="checkbox"/>
	→	Coherencia	<input type="checkbox"/>		→	Persona	<input type="checkbox"/>

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS FAMILIARES

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES

ANTECEDENTES PSICOLÓGICO PERSONALES

CONSUME ALCOHOL: SI NO FR CONSUME SPA: SI NO FR

CONSUME TABACO: SI NO FR OTRAS ADICCIONES: SI NO FR

PLAN DE TRATAMIENTO	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	
PRUEBAS APLICADAS	
INTERPRETACION DE LAS PRUEBAS	
AREAS DE INTERVENCION	
MODELO TERAPEUTICO	
OBJETIVOS TERAPEUTICOS	

NOTAS RELEVANTES			
# S E S I Ó N	F E C H A	OBJETIVO	INTERVENCIÓN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA DEL CONSULTANTE

