

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, COGNITIVO-CONDUCTUAL CON MUJERES QUE
MALTRATAN A SUS HIJOS.**

MARTHA CECILIA RONDÓN MONTAÑEZ

ASESORA: DIANA MARÍA AGUDELO VÉLEZ

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA, 2010**

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|----|
| RESUMEN | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| MÉTODO | 19 |
| Participantes: | 19 |
| Instrumentos | 20 |
| Procedimiento | 21 |
| Resultados | 21 |
| DISCUSIÓN | 27 |
| CONCLUSIONES | 29 |
| RECOMENDACIONES | 30 |
| REFERENCIAS | 31 |
| ANEXOS | 34 |
| <i>Anexo 1. Formato Sistema de Atención al Ciudadano</i> | 34 |
| <i>Anexo 2. Formato Historia Clínica</i> | 35 |
| <i>Anexo 3. Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos</i> | 38 |
| <i>Anexo 4. Sesiones Individual</i> | 41 |
| <i>Anexo 5. Sesiones Grupales</i> | 48 |
| <i>Anexo 6. Presentación de casos</i> | 58 |
| <i>Anexo 7. Trabajo en la Intervención Grupal de Auto control Emocional</i> | 93 |

LISTADO DE TABLAS

| | | |
|----------------|--|----|
| <i>Tabla 1</i> | Datos descriptivos de una muestra de madres que maltratan a sus hijos. | 21 |
| <i>Tabla 2</i> | Resultados de la Evaluación mediante el cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos. | 22 |
| <i>Tabla 3</i> | Resumen de esquemas a abordar en cada una de las pacientes | 23 |
| <i>Tabla 4</i> | Esquemas Maladaptativos Tempranos del grupo de Madres en relación con los datos normativos | 24 |

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención Psicológica, Cognitivo-Conductual con mujeres que maltratan a sus hijos.

AUTORA: Martha Cecilia Rondón Montañez

FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica

DIRECTORA: Diana María Agudelo Vélez

RESUMEN

El objetivo de la presente práctica, es diseñar una intervención psicológica cognitivo-conductual para mujeres que maltratan a sus hijos del municipio de Girón, la muestra ha sido tomada de las denuncias de maltrato infantil que son reportadas al ICBF Centro Zonal Norte, por el Sistema de atención al ciudadano (SIAC), con un grupo de 6 madres al terminar la intervención, con una edad promedio de 33 años. Los resultados del Cuestionario de Young YSQ-L2, permiten reconocer la importancia de la intervención, para modificar los esquemas maladaptativos tempranos de las madres, para una prodigiosa relación en pautas de crianza favorables hacia sus hijos sin recurrir al maltrato.

PALABRAS CLAVES

Maltrato infantil, Terapia cognitivo-conductual, Cuestionario Young YSQ-L2, Esquemas Maladaptativos Tempranos.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF DEGREE

TITLE: Intervención Psicológica, Cognitivo-Conductual con mujeres que maltratan a sus hijos.

AUTHOR: Martha Cecilia Rondón Montañez

FACULTY: Especialización en Psicología Clínica

DIRECTORA: Diana María Agudelo Vélez

ABSTRACT

The aim of this practice is to design a cognitive-behavioral psychological intervention for women who abuse their children in the municipality of Girón. The sample was taken from the allegations of child abuse that are reported to ICBF North Zonal by the Center for Citizen Attention System (SIAC), to a group of 6 mothers at the end of the intervention, with an average age of 33 years. The results of the Questionnaire of Young YSQ-L2, recognize the importance of intervention to change early maladaptive patterns of mothers, for a relationship prodigious breeding patterns favorable to their children without resorting to abuse.

KEY WORDS

Child abuse, cognitive-behavioral therapy, Questionnaire Young YSQ-L2, early maladaptive patterns

INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil en Colombia, es un problema que a pesar de estar presente hace mucho tiempo, hasta hace poco es conocido y aceptado como tal. Se presenta en todos los lugares de nuestra tierra colombiana, en las zonas urbanas y rurales, generando una gran preocupación, tanto por la gravedad del mismo, como por las consecuencias que se ven reflejadas en una continua y permanente situación de indefensión de la infancia.

El maltrato infantil no es propio de esta época, teniendo en cuenta la trascendencia del mismo, y haciendo referencia a algunos estudios referentes al maltrato Infantil, con sus implicaciones y estadísticas, encontramos que a lo largo de la historia se relatan múltiples ritos y formas de relación con los niños, que claramente a la luz de la legislación actual denotan prácticas de maltrato.

Por su parte en la legislación Colombiana es de considerar que a partir de la convención de los derechos del niño y la niña, se ha pronunciado con normatividad a través de leyes y decretos referentes a la protección de la infancia, las cuales incluyen la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (Ley 7 de 1979), hasta la reciente Ley 1098 de 2006, Ley de Infancia y Adolescencia, cuya finalidad es garantizar y restablecer los derechos a los niños, a las niñas y a los adolescentes.

De acuerdo con UNICEF (2005), es un ideal común, que los niños y niñas puedan disfrutar de una infancia con amor, cuidado y protección, en un entorno familiar, con amplias posibilidades de sobrevivir, crecer, desarrollarse y participar, según lo dispuesto en la

convención de los derechos del niño; siendo de gran urgencia tomar medidas preventivas para protegerlos, en la cual estamos todos comprometidos con esta gran responsabilidad.

La UNICEF (2005), reconoce la importancia de la infancia: En 1919, se hace reconocimiento jurídico internacional de los derechos de la niñez. En 1920, se crea Save the Children International a favor de la protección de la infancia. En 1924, la Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, redactada por la Unión Internacional de Protección de la Infancia. En 1959, la Asamblea General de las Naciones unidas aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño. En 1979, las Naciones Unidas declaran este año, como Año Internacional del Niño. En 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por unanimidad la Convención sobre los Derechos del Niño. En 1990, se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. En 1994, el Año Internacional de la Familia. En 1999, se aprueba el Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación. Finalmente en el año 2002, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebra una sesión especial en favor de la Infancia, “Un mundo apropiado para los niños”.

No obstante, a pesar de las múltiples normativas, cada día aumentan estos casos y de las peores formas; según los datos reportados por los diferentes canales de interacción del ICBF, se muestra que durante al año 2005 se recibieron 51.815 denuncias, según datos de Junio 16 del 2008 se registraron 29.700 denuncias donde la gran mayoría de éstas son contra los mismos padres de familia o familiares cercanos a los infantes.

En el congreso Internacional de Violencia Intrafamiliar de Julio 26 de 2006 se indicaba que, entre el 2003 y 2005, se incrementó el 65% de casos de maltrato infantil en el ICBF, que comprende el maltrato físico, psicológico, la negligencia y el abuso sexual. El Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF reportó que, durante el 2008 se realizaron 13.523 valoraciones por maltrato infantil para una diferencia de 390 casos menos con respecto al 2007. La línea de tendencia en el tiempo muestra un comportamiento relativamente estable con un pequeño pico en 2007. La tasa se calculó en 69 niños maltratados por 100.000 habitantes, cifra que representa una disminución del 3,5% con respecto al 2007.

El Observatorio de Salud Pública de Santander, reportó que en el 2007 los casos de maltrato fueron significativamente altos, se encontró que la escena más frecuente del evento fue la vivienda, donde el principal tipo de agresión es física, seguida por la negligencia. En 2926 registros se evidencia que la madre es la principal agresora y le sigue el padre. La violencia aumenta con la edad de la víctima en ambos sexos, pero disminuye a partir de los 15 años únicamente en los varones.

De acuerdo con la magnitud de las cifras, el Gobierno Nacional ha considerado el maltrato hacia la infancia, un problema de salud pública por los índices que cada día aumentan y ocasionado daños tanto inmediatos como con el pasar el tiempo.

Ahora bien, para continuar es importante definir maltrato infantil; de acuerdo con el Ministerio de Salud (1999, citado por González 2002), el Maltrato Infantil es “toda forma de perjuicio físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el acoso y abuso sexual, las torturas, las penas crueles, inhumanas o degradantes,

recibidas de parte de sus padres, representantes legales o de cualquier otra persona que tenga o no relación con el menor de edad”. p.70; por otra parte la UNICEF (2006, citada por Larraín. 2009), entiende a las víctimas del maltrato infantil y el abandono como aquel segmento de “la población conformada por niños, niñas y jóvenes hasta los 18 años que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales.”. p.5.

Santana y Tavira (1998), expresan que la definición de Maltrato Infantil se ha modificado y enriquecido con las aportaciones de los investigadores que se han allegado al tema, para Wolfe (citado por Santana, 1998) es “la presencia de una lesión no accidental, resultado de actos de perpetración (agresión física) o de omisión (falta de atención por parte de quienes están a cargo del niño y que requiere de atención médica o intervención legal)” p.2. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), (citado por Santana, 1998) lo define como: “Los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”p.2. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), (citado por Santana, 1998) lo define como "Todo acto u omisión encaminado a hacer daño aún sin esta intención pero que perjudique el desarrollo normal del menor" p.2. Kieran y O’Hagan (citado por Santana, 1998) hacen una diferenciación entre maltrato emocional y psicológico, el primero es la expresión y su conducta acompañante causa de dolor emocional, lo cual inhibe la espontaneidad de sentimientos positivos y adecuados, produciendo efectos adversos graves en su desarrollo y vida social; en cambio el segundo es la

conducta sostenida, repetitiva, persistente e inapropiada que daña o reduce sustancialmente tanto el potencial creativo como el desarrollo de facultades y procesos mentales”p.3.

Cuando uno de los padres incurre en actos de violencia, no solamente está lesionando el derecho del niño o niña a su integridad personal, sino que transgrede su derecho al afecto, a tener un vínculo familiar sano y libre de violencia, y a la posibilidad de crecer y desarrollarse plenamente como un ser humano autónomo, libre, conocedor de sus derechos y de sus obligaciones (artículos 42 y 44 Constitución Política de Colombia, 1991). Para Echeburúa y Corral (1998), “la violencia intrafamiliar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia que convive bajo el mismo techo, definen relación de abuso, a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas que de una o de varias de las partes, por acción u omisión, ocasiona daño”. p. 15

Son muchos los estudios relacionados con el maltrato infantil, uno de los pioneros es el de Kempe y Silverman (1962, citado por Echeburúa y Corral, 1998), quienes propusieron el término "síndrome del niño golpeado o maltratado (Battered child syndrome)", para definir a aquel que presentaba una lesión ósea, con una lesión cutánea de tipo equimosis, magulladura, quemadura, en la misma región y cuya causa no hubiera podido ser especificada; bajo este nombre se identifica hoy en día un fenómeno bastante frecuente en Colombia que afecta a niños menores de 3 años, en la etapa de su vida de mayor vulnerabilidad, agredidos físicamente y en forma brutal por los adultos encargados de su cuidado, o daños físicos causados por omisión intencional y destinados a lesionar al niño.

Por su parte, Echeburúa y Corral, (1998), hacen referencia a las características de las víctimas y los maltratadores, el maltrato aparece más en forma de humillaciones, abuso, indiferencia afectiva, aislamiento de la familia, desvalorizaciones, de golpes físicos entre otros.

Guerra y Remolina (citado por Echeburúa y el Corral, 1998), realizan un estudio sobre el problema de la violencia contra los niños en Bogotá y concluyen que lamentablemente en nuestras ciudades se juega con el niño, puesto que es tomado como objeto de las más diversas formas de maltrato, hasta el punto que se le niega su individualidad y dignidad, considerándolo poco menos que un animal; situación que se torna preocupante si tenemos en cuenta que el 35.5% de la población es menor de edad, lo cual indica que nos encontramos frente a un futuro nada alentador.

Por otra parte Cuadros, (2009), realiza un estudio sobre ¿Cuál es la dimensión del maltrato infantil en América Latina, sus principales causas y la prioridad que deben tener los gobiernos?, indicando que la dimensión del maltrato infantil en América Latina es epidémica y no distingue clase social, etnia ni género. La prioridad para los gobiernos debe ser una política pública integral que articule funcionalmente a los sectores de justicia, salud y protección, con fondos y presupuestos adecuados a las intervenciones que exige la situación de los niños, niñas y adolescentes.

Larraín y Bascuñán, (2008), en el artículo sobre El maltrato Infantil: Una dolorosa realidad, hacen un análisis sobre la Atención al Maltrato Infantil en países de América del Sur, dando prioridad a la prevención y a la intervención temprana, teniendo como base los derechos humanos.

Por otro lado, Muñoz, (2006), en su estudio indica que pese al incremento en el uso de servicios sociales debido al maltrato infantil, aún existe sub-registro. Todos los actores, especialmente los trabajadores de salud, epidemiólogos, tomadores de decisiones, economistas, educadores en salud, entre otros, deben trabajar de forma conjunta con el fin de diseñar estrategias contra el maltrato infantil, teniendo en cuenta que dicho fenómeno es una de las mayores causas de discapacidad en la población infantil y es potencialmente prevenible.

Carvajal y Quintero, (2008), en un estudio sobre salud mental y caracterización psicológica de Personas víctimas de violencia intrafamiliar en la ciudad de Bucaramanga, indican que la violencia intrafamiliar involucra una notable afectación sobre las diferentes esferas de quien la padece, especialmente de su aspecto psicológico, lo cual constituye una problemática relevante para el ámbito de la salud mental afectada por patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales que de acuerdo con la frecuencia y gravedad con la que se presentan terminan convirtiéndose en cuadros clínicos, que impiden su desempeño individual social.

Niévalo, (2004), en su estudio sobre El Maltrato Infantil una respuesta de los padres al fracaso en un ideal de respuesta esperada por parte de los hijos, concluye que los futuros padres deben adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para afrontar los retos de la crianza con alternativas diferentes al maltrato infantil.

Ahora bien, una vez identificado el panorama del maltrato, las secuelas e implicaciones para toda una sociedad y señalando con frecuencia a la madre como la principal agresora, surge el interés por abordar la intervención con una muestra de mujeres maltratadoras que asisten al

ICBF e intentar abordar con ellas las problemáticas emocionales con el diseño de una intervención psicológica, basada en el modelo Cognitivo Conductual, definido por Hernández (2007), como una de las aproximaciones terapéuticas de mayor desarrollo en los últimos tiempos a partir de los postulados de Ellis y Beck.

Beck, (2008), indica que en la actualidad la terapia cognitiva se aplica a una gran variedad de condiciones clínicas con gran eficiencia frente a otros tratamientos, incluido el farmacológico. Aguado y Silberman, (2004), afirman que el insumo de los terapeutas cognitivos son las conductas y pensamientos de los pacientes. Leany (2001 citado por Aguado, y Silberman, 2004), señala que “se intenta descubrir los supuestos básicos del paciente, las reglas o los valores que lo predisponen a la depresión, ansiedad, o cólera. Entre las reglas más comunes se encuentran –yo debo ser perfecto, -yo debo agradar a otros, -mi pareja debe comprender y satisfacer mis necesidades sin que tenga que decírselo. Para el terapeuta es importante conocer que cada persona tiene sus propias reglas o supuestos idiosincráticos” p.62.

La terapia cognitiva se basa en la hipótesis de que las percepciones de como los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones (Beck 1964, Ellis, 1962, citados por Beck, 2008). Lo anterior es sostenido también por Verastegui, (2004)

Riso, (2006), hace hincapié en las distorsiones cognitivas, ya que son los errores del pensamiento, como responsables del procesamiento erróneo de la información, por otro lado habla del proceso clínico a través de 3 fases: la evaluación, la intervención propiamente dicha y

el seguimiento. La evaluación examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registros, auto-registros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento; en la intervención se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados y en el seguimiento se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos. En la misma línea, es de indicar que en la terapia cognitiva conductual, la relación terapeuta-paciente es dinámica, donde se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. Se busca lograr un funcionamiento independiente, en donde se enfatiza en el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

Para Beck, (2008) la terapia debe planearse de acuerdo con cada persona, pero plantea a su vez 10 principios a tener en cuenta en la intervención donde la terapia cognitiva: se fundamente en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planeados en términos cognitivos, requiere de una sólida alianza terapéutica, enfatiza la colaboración y la participación activa, está orientada hacia los objetivos y centrada en problemas determinados, inicialmente destaca el presente, es educativa, tiende a ser limitada en el tiempo, las sesiones son estructuradas, ayuda a los pacientes a identificar, evaluar sus comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia y el último principio se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

La intervención cognitivo conductual se hace a través de técnicas propias, según sea el caso de cada paciente, Beck, (2008), propone las siguientes técnicas para realizar la reestructuración cognitiva como son: modificación de a pensamientos automáticos partir de cuestionamiento socrático y flecha descendente, uso del registro diario de pensamientos (RDP), experimentos conductuales para evaluar pensamientos automáticos, examinar ventajas frente a desventajas y la imaginería que es utilizada para combatir pensamientos automáticos presentados en forma de imágenes; otra técnica es modificación de creencias intermedias para lo cual se recomienda iniciar con la conversión de las reglas y las actitudes en presunciones para mejor manejo, examinar ventajas frente a desventajas, Formular paralelos creencias disfuncionales/creencias más funcionales, el cuestionamiento socrático apoyado en porcentajes, experimentos conductuales para evaluar creencias, dramatización racional-emocional (punto-contrapunto de Young), uso de un tercero como punto de referencia (analizando, focalizando, dramatizando), actuar como si (generar distanciamiento conductual), autorrevelación (uso de la experiencia propia) y la imaginería distracción y refocalización, relajación (como elemento terapéutico y de evaluación de pensamientos automáticos.), tarjetas de apoyo, exposición gradual (se usa en el alcance de objetivos), técnica del pastel (se usa para determinar responsabilidades y establecer objetivos, Comparaciones funcionales del Yo (se usa para atacar la atención selectiva negativa) y lista de créditos (son afirmaciones positivas de algo realizado por el paciente).

Semerani, (2002), expresa que el terapeuta en sus intervenciones utiliza el diálogo socrático para que por medio de preguntas se alcancen los objetivos de la terapia. Otra técnica es la reestructuración cognitiva dirigida a la toma de distancia crítica, a través de las preguntas o

hipótesis que surgen en el diálogo, donde el terapeuta somete a juicio del paciente sus interpretaciones; también se utiliza la técnica del descubrimiento guiado que inicia en la primera sesión y se modifica en las siguientes sesiones, adaptándose al proceso. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, en donde el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede y tiende a fomentar la independencia del paciente. En el modelo cognitivo se plantea que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos (Beck, 2008).

En la terapia cognitivo conductual, se utilizan terapias a corto plazo, desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y característica, esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. En la presente intervención psicológica se aplicó el cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos Tempranos, con el fin de identificar acorde con el modelo, las creencias que subyacen a la conducta de esta muestra, y a partir de ellas, estructurar una intervención conducente a la modificación de los pensamientos disfuncionales.

Según Young, (1999, citado por Castrillón. et.al, 2005), Los EMTs son creencias irracionales acerca de sí mismo en relación con el ambiente, verdades que se dan por ciertas sin discutir las, se tornan resistentes al cambio, siendo cómodas, familiares, que se agudizan ante sucesos ambientales importantes. Son temas estables y duraderos que se desarrollan a lo largo de la vida y están ligados a altos niveles de afecto.

Young (1999), propuso un sistema de clasificación por dominios que agrupa los 18 esquemas maladaptativos tempranos en 5 grupos así: **Dominio de desconexión y rechazo**, comprende los esquemas de personas que fueron criadas en entornos carentes de alimentación, afecto, aceptación y estabilidad, los EMTs que conforman este dominio son: Abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, deprivación emocional, defectuosidad/ vergüenza y aislamiento social/alienación. **Dominio de autonomía y desempeño Deteriorados**, el cual refleja ambientes de infancia complicados y sobreprotectores, conforman este dominio dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño o a la enfermedad, entrapamiento emocional y fracaso. **Dominio de límites insuficientes**, con crianza de padres permisivos e indulgentes. Conforman este dominio los EMTs de derecho/grandiosidad y autocontrol insuficiente /autodisciplina. **Dominio de orientación hacia los otros**, Es una concentración excesiva en los deseos, sentimientos y respuestas de los demás, a expensas de las propias necesidades. Los EMTs pertenecientes a este dominio son: subyugación, autosacrificio y búsqueda de aprobación/reconocimiento. **Dominio de sobrevigilancia e inhibición**, Este dominio se relaciona con un énfasis excesivo en la supresión de los propios sentimientos, impulsos y elecciones espontáneas o en el acatamiento de reglas y expectativas rígidas, acerca del desempeño y la conducta ética. Los EMTs que conforman este dominio son: negatividad/pesimismo, inhibición emocional, estándares implacables/ hipercrítica y condena.

Young, (2003, citados por Castrillón et al, 2005), establecen que es muy probable que los EMTs permanezcan inactivos por mucho tiempo y sólo se activen ante la presencia de eventos activadores. P.1. Por otra parte para Young (1999), los EMTs pueden ser la causa directa e indirecta de pánico, depresión, adicciones, insomnio, malas relaciones interpersonales entre

otros. Además son estructuras que se autoperpetúan y son resistentes al cambio, utilizando el principio de economía cognitiva que actúa maximizando la información congruente e ignorando la información contraria, también hay activación conductual a través de patrones de conducta autoderrotistas.

De acuerdo con Beck (1987, citado por Manrique, 2003), los esquemas cognitivos depresivos, asumen la forma de estándares rígidos y perfeccionistas para emitir juicios de uno mismo y de otros, plantea que estos esquemas interactúan con eventos negativos de vida para producir la depresión, puede sostener una actitud disfuncional ante un evento estresante y el esquema se activa negativamente, lo que a su vez produce cogniciones negativas y depresión. Así mismo Young (1999-2003, citado por Manrique 2003), plantea la existencia de EMTs, que fundamentalmente se originan en las experiencias tóxicas de la infancia y que constituyen el núcleo de los desórdenes de la personalidad y muchos desórdenes del Eje I.

A partir de lo anterior, se puede plantear como es posible que en el caso de las mujeres participantes de la intervención, puede aparecer esquemas de pensamiento rígidos y disfuncionales que podrían explicar la conducta de maltrato y que por lo tanto se constituyen en el insumo para la intervención.

MÉTODO

Participantes:

La práctica se llevó a cabo con una muestra de mujeres madres que maltratan a sus hijos, que fueron denunciadas a través del Sistema de Atención al Ciudadano al ICBF Centro Zonal Norte de Bucaramanga, de tal manera que de las 22 denuncias reportadas en dos semanas, se seleccionaron de manera aleatoria 10 mujeres, la muestra final quedó conformada con el 45% del total de las denuncias reportadas durante dos semanas en el Centro Zonal. La media de edad de las mujeres fue de 33 años, con una desviación típica de 4,98. Finalmente, la intervención se realizó con 6 mujeres dadas las dificultades de las restantes para acudir a las citas.

Instrumentos

1. Formato de Sistema de Atención al Ciudadano (SIAC), del ICBF, (Ver anexo 1)
2. Formato Historia clínica: recolecta información socio-demográfica, motivo de consulta, conductas problema, descripción de la historia de vida. (Ver anexo 2)
3. Cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2. (Validación Colombiana: por Castrillón, Chaves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín, 2005). Fue desarrollado por Young, evalúa los esquemas maladaptativos tempranos, para establecer las propiedades psicométricas y la validez estructural del Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition en Colombia, se aplicó en la ciudad de Medellín en una muestra aleatoria y representativa de 1419 estudiantes universitarios. Consta de 45 ítems, en los cuales se evalúa en una escala de tipo Likert que va del 1 (completamente falso), hasta el 6 (me describe perfectamente). Los ítems están agrupados en 11 factores: abandono con 6 ítems, insuficiente

autocontrol/autodisciplina con 6 ítems , desconfianza / abuso con 5 ítems, deprivación emocional con 5 ítems, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad con 4 ítems, autosacrificio con 4 ítems, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales) con 4 ítems, estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia) con 3 ítems, inhibición emocional con 3 ítems, derecho/grandiosidad con 2 ítems y, entrapamiento con 2 ítems.

Procedimiento

1. *Contacto con la Institución:* Se estableció contacto con la Institución, realizando la correspondiente presentación de la propuesta de práctica, donde una vez aprobada se procedió a la selección de la muestra.
2. *Selección de la muestra:* Luego de la recepción de denuncias formuladas telefónicamente en la oficina de SIAC (Sistema de Atención al ciudadano), se procede a la verificación de la situación planteada, de las cuales se hizo la selección de casos verificando que las de madres maltratan a sus hijos, posteriormente se procedió a la citación de la familia al Centro Zonal.
3. *Proceso de Evaluación:* En esta fase se aplicaron además de la historia clínica el cuestionario de Young YSQ-L2, con el fin de identificar las creencias centrales de las participantes. Esta aplicación fue autodiligenciada con previa explicación de las instrucciones.
4. *Análisis de los Resultados de la Evaluación:* Se procedió a la corrección de las pruebas y de acuerdo con estos resultados y los aportados mediante la entrevista se procedió a la siguiente fase.

5. *Diseño de Intervención:* Se diseñó una intervención clínica teniendo en cuenta los resultados del cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 y la información suministrada por las pacientes de su historia de vida que influyen en el maltrato hacia sus hijos.
6. *Implementación de la intervención:* Se adelantaron las intervenciones para cada caso, compuestas por 4 sesiones individuales (Ver anexo 4) y 2 sesiones grupales. Éstas últimas referidas a los temas de Pautas de crianza y de Autocontrol Emocional. (Ver anexo 5)
7. *Análisis de los Resultados:* Se elaboró un informe de seguimiento por cada caso, además de establecer un informe conjunto de la práctica.
8. *Elaboración de Informe:* Se realizó la sistematización de la experiencia, la socialización y divulgación del trabajo elaborado.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la presente intervención, que muestran en primer lugar, las características de la muestra, luego los resultados de la evaluación mediante el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos, luego se hace una presentación y análisis de las intervenciones individuales y grupales.

En la tabla 1, se describe que la muestra finalmente conformada por 6 mujeres tuvo una edad media de 33 años y una desviación típica de 4.98, en su gran mayoría tiene una relación de pareja estable, cuentan con bajo nivel socioeconómico, en su totalidad las pacientes y su familia

residen en viviendas arrendadas, su nivel de educativo en promedio es sexto bachillerato y la mayoría de madres se desempeñan laboralmente en servicios domésticos.

Tabla 1. Datos descriptivos de una muestra de madres que maltratan a sus hijos

| Partic. | Edad | Estado civil | Nivel socio económico | Nivel de estudio | Desempeño laboral | Tenencia vivienda |
|----------------|-------------|---------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 27 | Soltera | 1 | 11 | Auxiliar laboratorio | Arrendada |
| 2 | 32 | Casada | 1 | 6 | Servicio Doméstico | Familiar |
| 3 | 27 | Unión libre | 1 | 6 | Servicio Doméstico | Arrendada |
| 4 | 38 | Unión libre | 1 | 6 | Hogar | Arrendada |
| 5 | 33 | Unión libre | 1 | 6 | Servicio Doméstico | Arrendada |
| 6 | 27 | Unión libre | 1 | 2 | Hogar | Arrendada |
| 7 | 39 | Casada | 1 | 5 | Servicio Doméstico | Arrendada |
| 8 | 35 | Unión libre | 1 | 5 | Estilista | Arrendada |
| 9 | 32 | Unión libre | 1 | 5 | Servicio Doméstico | Arrendada |
| 10 | 40 | Unión libre | 1 | 7 | Servicio Doméstico | Arrendada |
| | 33 | | 1 | 6 | | |

Con respecto a los resultados obtenidos con el cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2, (véase, Tablas 2 y 3), se determina que el grupo de madres evaluadas, obtuvo un puntaje alto en los esquemas de Abandono, Insuficiente Autocontrol/ autodisciplina, Deprivación emocional, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales) y Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia).

En cuanto al esquema Desconfianza / Abuso y el esquema de Autosacrificio el 83% de las madres obtuvieron un puntaje alto, en el esquema Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad y

el esquema Derecho / Grandiosidad, se encuentra un porcentaje equitativo de madres entre alto y bajo con el 50%. Finalmente, en el esquema Inhibición emocional y Entrapamiento, el 77% de las madres obtuvo una puntuación alta.

Tabla 2. Resultados de la Evaluación mediante el cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos

| Media | 25 | 20 | 19 | 16 | 17 | 17 | 14 | 14 | 11 | 10 | 7 |
|---------------------|----------|---|----------------------|-----------------------|---|----------------|---|--|----------------------|------------------------|---------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| PARTICIPANTE | Abandono | Insuficiente Autocontrol/ autodisciplina | Desconfianza / Abuso | Deprivación emocional | Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad | Autosacrificio | Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales) | Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia) | Inhibición emocional | Derecho / Grandiosidad | Entrapamiento |
| 1 | 27 | 21 | 20 | 27 | 12 | 23 | 22 | 15 | 8 | 13 | 11 |
| 2 | 32 | 24 | 15 | 22 | 18 | 13 | 19 | 15 | 11 | 16 | 2 |
| 3 | 32 | 22 | 23 | 25 | 18 | 23 | 19 | 14 | 16 | 8 | 3 |
| 4 | 25 | 29 | 22 | 18 | 11 | 20 | 18 | 15 | 14 | 8 | 10 |
| 5 | 25 | 28 | 21 | 22 | 15 | 19 | 18 | 15 | 12 | 9 | 9 |
| 6 | 33 | 32 | 27 | 26 | 19 | 22 | 22 | 17 | 9 | 17 | 10 |
| % Esquema Alto | 29 | 26 | 21,3 | 23,3 | 15,5 | 20 | 19,6 | 15,167 | 11,6 | 11,8 | 7,5 |
| % de Participantes | 100 | 100 | 83 | 100 | 50 | 83 | 100 | 100 | 77 | 50 | 77 |

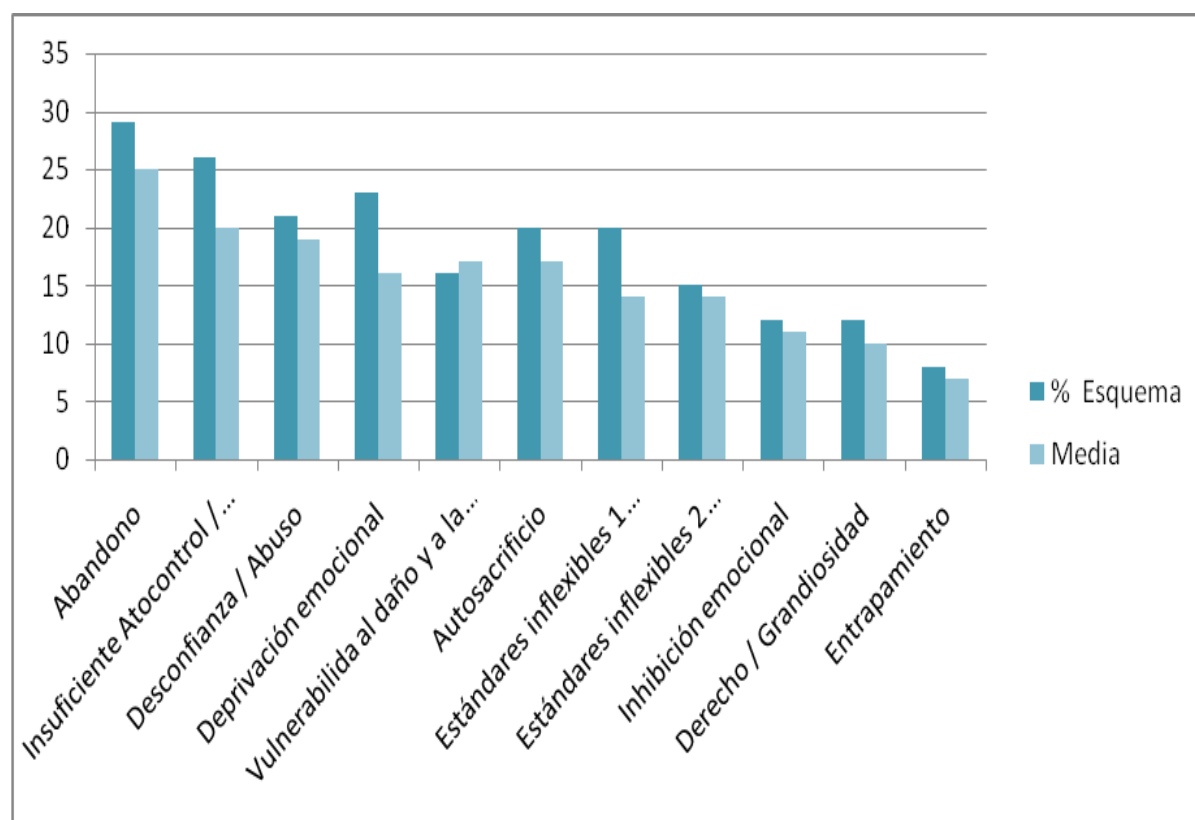
Tabla 3. Resumen de esquemas a abordar en cada una de las pacientes

| Participantes | Esquemas a abordar |
|----------------|---|
| Participante 1 | Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza / abuso, deprivación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), derecho/grandiosidad, entrapamiento. |
| Participante 2 | Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, deprivación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional, derecho/grandiosidad. |
| Participante 3 | Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza / abuso, deprivación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional. |
| Participante 4 | Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza / abuso, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional y entrapamiento. |
| Participante 5 | Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza / abuso, deprivación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional y entrapamiento. |
| Participante 6 | Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza / abuso, deprivación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), derecho/grandiosidad, entrapamiento. |

En la tabla 4 se puede observar la comparación entre las puntuaciones obtenidas por la muestra con las puntuaciones normativas, identificándose que con excepción del esquema de Vulnerabilidad al daño y la enfermedad, en el resto de los esquemas, las mujeres participantes obtuvo puntuaciones medias superiores a las obtenidas por la muestra de validación. Sin

embargo, al considerar las puntuaciones clínicamente significativas (puntuaciones superiores al percentil 75), se encuentra que las pacientes evaluadas presentaron los esquemas de Abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional, derecho/grandiosidad y entrapamiento.

Tabla 4. Esquemas Maladaptativos Tempranos del grupo de Madres en relación con los datos normativos



De acuerdo con lo anterior se puede entender la presencia de un perfil cognitivo en estas mujeres que las describe como mujeres que presentan desconfianza con la pareja, con preocupación de ser abandonadas por las personas más queridas, donde la totalidad de madres en estudio fueron víctimas del abandono en su infancia. En términos generales estas madres presentan poco control de impulsos ante sus hijos y familiares, a su vez sus metas han sido inalcanzables, sintiéndose engañadas y recibiendo la peor parte, con ausencia afectiva, en cuanto a su vida social presentan dificultades en las relaciones de familia y muy mínima relación con la comunidad, en la cual tienen poca participación. Este grupo de madres, a pesar de tener pareja, sienten poco respaldo y compañía de su compañero. El grupo de madres, son altamente perfeccionistas sobre todo con el aseo y orden del hogar a igual con las normas que deben cumplir sus hijos.

Adicionalmente, es de indicar como otros elementos comunes en la muestra es que han sido víctimas de abuso sexual, carentes de afecto, de atención y de los cuidados mínimos necesarios vividos en su infancia, factores que entorpecen el desarrollo de una adecuada salud mental.

Los resultados encontrados permiten identificar posibles factores de riesgo a nivel de la personalidad, que propician un estilo negativo en la relación madre e hijo frente al establecimiento de normas, las cuales implican fuertes consideraciones en la crianza de sus hijos. Esto confirma lo indicado por Young, (2005), con respecto a que los esquemas maladaptativos se forman en la infancia y pueden estar inactivos por mucho tiempo y luego ser activados ante las circunstancias vividas en el medio ambiente.

Los resultados arrojados en la aplicación del instrumento, fueron tenidos en cuenta para el diseño de la intervención a implementar con este grupo de madres que maltratan a sus hijos, para lo cual también se tuvo en cuenta la historia de vida del grupo de madres participantes en la intervención, el cual se encuentra en la presentación de casos (Ver Anexo 6) y a través de la narrativa expresada en las sesiones. El programa de intervención se realizó en 4 sesiones individuales con cada una de las pacientes, las cuales se pueden visualizar en la tabla 5; también se realizó dos sesiones grupales con el grupo de madres. Las dos sesiones grupales con el grupo de madres, se realizaron en Girón en el colegio Roberto García Peña, a la cual asistieron las 6 madres objeto de estudio. (Ver Anexo 4 y 5)

DISCUSIÓN

Cada año se viene presentando un aumento significativo en las estadísticas del maltrato infantil, en donde la mayoría de los casos se presentan en el hogar y es generado por las madres hacia sus hijos y a pesar de la múltiples normatividad no se hace una intervención preventiva o protectora ante esta circunstancia hacia las madres de los niños maltratados.

Es de suma importancia, propiciar acciones donde se involucre a las madres que maltratan a sus hijos, planeando estrategias de intervención enfocadas a eliminar el maltrato por parte de las madres hacia sus hijos.

Lo encontrado en el grupo intervenido, en relación con las vivencias y abuso en la infancia, puede apoyarse en la hipótesis de la transmisión intergeneracional, la cual plantea que las personas maltratadas en la infancia tienden a generar el mismo tipo de maltrato con sus hijos, Crittenden, (1992, citado por Aracena, 1999). En el estudio de los casos se puede apreciar que el

grupo de madres objeto de intervención, refirieron tener padres negligentes, maltratantes y ahora ellas generan el mismo tipo de maltrato hacia sus hijos, lo cual se relaciona con lo expresado por Cuadros, (2009), quien manifiesta que una de las principales causas del maltrato a hacia los hijos es porque “Los padres tienen antecedentes de privación psicoafectiva, abandono o maltrato físico o sexual en su infancia”. p.10; de igual manera Young, (2005), expresa que los esquemas formados en la infancia, a través del maltrato y desavenencias de la vida, pueden ser la causa directa e indirecta de depresión, malas relaciones interpersonales. p.3.

Los planteamientos de Young acerca de la influencia de los sucesos de la infancia, sobre la formación de esquemas que orientan la conducta futura, se evidencia en el grupo de madres, quienes en su mayoría fueron víctimas de maltrato infantil por parte de sus padres o cuidadores y en algunos de los casos se presentó abuso sexual. Los vínculos establecidos en su primera infancia, la relación con figuras significativas y los modelos que tuvieron, se ven reflejadas en la relación maltratante con sus hijos y los conflictos con los familiares y comunidad.

La investigación de Cohen, (1999, citado por Ramírez, 2006), sugiere que existen factores como la falta de educación y particularmente la falta de conocimiento general con respecto a al nivel de desarrollo de niño junto con expectativas poco realistas, lo cual constituye un riesgo potencial para que un niño sea maltratado.

La terapia planteada en la intervención permitió que las pacientes adquieran otras opciones frente corrección de sus hijos, asumiendo nuevas prácticas de crianza acordes a la garantía de los derechos fundamentales de los niños/as en afecto, atención, alimentación, protección y buen trato, en la cual a su vez cambiaron los pensamientos automáticos que las

llevan a la adopción de conductas de agresión hacia sus hijos y demás familiares, generando así entornos pacificados y de armonía familiar.

CONCLUSIONES

Las raíces históricas, culturales y sociales constituyen un reto a vencer al enfrentar el maltrato infantil, las diversas definiciones y clasificaciones de este fenómeno muestran las dificultades para abordarlo, siendo el maltrato infantil un fenómeno multicausal y universal, se puede considerar que la divulgación, instrucción y educación de la población en general sobre el mismo son estrategias prioritarias que pueden permitir hacer conciencia a todos; es necesario dar a conocer que no sólo el trauma físico lesiona a un niño, sino que también los otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico y la negligencia, deterioran la personalidad del niño/a, y de aquí la importancia de identificar cada uno de estos indicadores.

Se considera que con la intervención psicológica planteada, se logró el objetivo trazado, llevando a cabo la ejecución e intervención al grupo de madres que maltratan a sus hijos, identificando los factores que dan origen a las ideas irracionales en la relación con sus hijos y dedujeran que las creencias irracionales, son ilógicas, no realistas y causan malestar; así mismo tomaran conciencia de cambiar, para lograr una mejor relación de la madre hacia el hijo, teniendo en cuenta las pautas de crianza acordes a las etapas del desarrollo.

Dada la magnitud del problema de maltrato demostrada en el ICBF por el alto número de denuncias donde en su gran mayoría las madres son las maltratantes, se hace necesario hacer una intervención psicológica, con la aplicación de técnicas específicas para el caso y así poder al menos disminuir los índices de maltrato, aunque la meta sea por supuesto la eliminación de los

comportamientos de maltrato, que con la práctica se alcanzó afectar las familias del grupo de madres objeto de estudio, de tal forma que mejoraron las relaciones en la familia, con un trato más afectivo y cordial con sus hijos, también se lograron modificar los esquemas maladaptativos tempranos de las madres, sin embargo dado el corto periodo de tiempo, así como el restringido número de la muestra limitan la posibilidad de medir el alcance de los logros en un periodo de tiempo más prologado.

El modelo planteado en la propuesta, tuvo efectos en el cambio de actitud que las madres asumían en la crianza y su vez, se propende por el establecimiento de una nueva forma de relación, que reduzca el riesgo de maltrato en una nueva generación.

RECOMENDACIONES

Mantener procesos de acompañamiento a las madres, para aminorar las pautas de interacción, basadas en el maltrato.

Favorecer las condiciones administrativas del ICBF, para garantizar un verdadero seguimiento, a las familias mediante la implementación de programas de probada eficacia.

Favorecer el desarrollo de líneas de investigación e interacción, desde la academia que atienda a las necesidades del contexto.

REFERENCIAS

Aguado, H y Silberman R (2004), *La terapia Cognitiva en acción: Estrategias para cambiar los pensamientos y supuestos. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Hermilio Valdizan Vol V No.7. pp.61-79*

Aracena, M., Castillo, R., Haz, A., Cumsille, F., Muñoz, S., Bustos, L. & Román, F. (2000). *Resiliencia al Maltrato Físico Infantil. Revista de Psicología Universidad Católica de Chile. p.8.*

Beck, J. (2008). *Terapia Cognitiva. Conceptos Básicos y Profundización.* Gedisa. Barcelona.

Bellamy, C. (2005). *La Infancia Amenazada. Estado Mundial de la Infancia. Nueva York. UNICEF. Capítulo 1.*

Carvajal, M y Quintero, L (2008), *Estado de salud mental y caracterización psicológica de Personas víctimas de violencia intrafamiliar.* Bucaramanga. Monografía.

Castrillón, D, Chaves, L, Ferrer, A, Londoño, N, Maestre, K, Marín, C, Y Schniter, M. (2005). *Validación del Young Schema Questionnaire Long Form. Revista Latinoamericana de Psicología. V. 37 n.3.*

Constitución Política de Colombia, (1991). Presidencia de la República

Cuadros I, (2009). *Maltrato infantil: una dolorosa realidad. Boletín de Infancia y Adolescencia. Revista Desafíos. UNICEF, Nueva York. p.10.*

López, J. (2004). *DMS-IV-TR. Breviario Criterios Diagnósticos.* Editorial Masson. Barcelona.

Echeburúa, E y Paz del C. (1998). *Manual de Violencia intrafamiliar.* Madrid. Siglo XXI.

González J. (2002). *Violencia Intrafamiliar: Una Forma de Relación, un Asunto de Derechos Humanos*. Monografía. Bogotá. pp. 63-74

Hernández, N y Sánchez J. (2007), *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Libros en Red. IEPCCM. pp. 62-74

ICBF (2006). *Lineamientos Técnico Administrativos Programa Haz Paz*. Bogotá.

ICBF. (2006). *Memorias congreso Internacional de Violencia Intrafamiliar*. Bogotá

Larraín, L .Bascuñán, C. (2009). *Maltrato infantil: una dolorosa realidad*. Boletín de Infancia y Adolescencia. Revista Desafíos. UNICEF, Nueva York. pp. 5-9

Ley 7 de 1979. Establecer el Sistema Nacional de Bienestar Familiar. Congreso de Colombia. Bogotá

Ley de Infancia y Adolescencia, (2006) Código de Infancia y Adolescencia. Congreso de Colombia. Bogotá.

Manrique, E. (2003), *Antecedentes tempranos y modalidad cognitiva para la depresión*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Hermilio Valdizan Vol IV No. 2. pp.7-15

Muñoz, D. (2006). *El maltrato infantil: un problema de salud pública*. Popayán. pp. 4-10

Niévalo (2004), *El Maltrato Infantil una respuesta de los padres al fracaso en un ideal de respuesta esperada por parte de los hijos*. Bogotá. pp. 3-8

Ochoa, E, Hormiga, C, Prince, N y Oliveros D, (2009). *Violencia Intrafamiliar y sexual en Santander*. Revista Observatorio de Salud Pública. Gobernación de Santander. 2006-2008. Año 4, No. 1. pp. 15-40.

Payne, R. (1996). *Técnicas de Relajación: Guía práctica*. Editorial Paidotribo. Barcelona España. p. 56-57.

Ramírez, C. 2006. *El impacto del maltrato en los niños y las niñas en Colombia. Revista infancia, adolescencia y familia. Volumen 1, no.2. Universidad de san Buenaventura. Bogotá*

Riso (2006), *Terapia Cognitiva Fundamentación Teórica y conceptualización del caso Clínico*. Medellín. Norma. pp. 65-129.

Santana, R y Tavira, M (1998), *Revista de salud pública de México. Vol.40, No.1. pp.1-8*

Semerani A. (2002), *Teorías y Técnicas de la Psicoterapia Cognitiva*. España. Norma.

Verástegui, S (2004), *Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Hojas Informativas No.63. pp. 19-2.*

ANEXOS

Anexo 1. Formato Sistema de Atención al Ciudadano



INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Oficina de Comunicaciones y Atención al Ciudadano



DENUNCIA

CZ BUCARAMANGA NORTE

| DATOS DEL CIUDADANO | | | | | | |
|---|---|--------------------------|---------------------------------------|--------------|------------------------|--------------|
| Radicado: | Fecha de Creación: | de | Nro. de Origen: | de | Petición | |
| Ciudadano: Anónimo | Ubicación: | | Dirección: | | Teléfono: | |
| Agente: | Canal: Teléfono | | No. Observaciones: | | | |
| ¿En Condición de Desplazamiento? | Grupo Étnico | | Observaciones de la Ubicación: | | | |
| CONTENIDO DE LA PETICIÓN | | | | | | |
| Centro Zonal/Regional: | CZ BUCARAMANGA NORTE/REGIONAL SANTANDER | | | | | |
| Motivo de la Denuncia: | | | | | | |
| DATOS DEL AFECTADO | | | | | | |
| Nombres | Edad | Sexo | Padre | Madre | País/ Municipio | Dpto/ |
| | | | | | | |
| Dirección | Teléfono | Barrio/ Localidad | Comentarios de Ubicación | | | |
| | | | | | | |
| DATOS DEL DEMANDADO | | | | | | |
| Nombres | Edad | Sexo | DIRECCION | | País/ Municipio | Dpto/ |
| | | | | | | |
| Dirección | Teléfono | Barrio/ Localidad | Comentarios de Ubicación | de | | |
| | | | | | | |

Anexo 2. Formato Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA No. _____

FECHA _____ CIUDAD: _____

I. DATOS PERSONALES

Nombre: _____ Sexo: _____ Estado Civil _____

Lugar de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Ocupación _____ Nivel Estudio _____

Nivel Socioeconómico: _____

Otro Familiar o contacto: _____ Teléfono: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA:

Remitido por:

III. ESTRUCTURA FAMILIAR O HISTORIA FAMILIAR:

| Nombre | Parentesco | Fecha Nacimiento | Edad | Grado Escolar | Ocupación | Relación (E.B.A.I) |
|--------|------------|------------------|------|---------------|-----------|--------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

*GENOGRAMA**IV. ANTECEDENTES**PERSONALES:*

FAMILIARES:

MÉDICOS: TRATAMIENTOS

*V. ÁREAS DE FUNCIONAMIENTO:**ÁREA COGNITIVA:*

ÁREA AFECTIVA:

ÁREA SOMÁTICA

ÁREA INTERPERSONAL:

ÁREA CONDUCTUAL:

VI: DIAGNOSTICO INICIAL

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: (Evaluación Multiaxial)

PLAN DE INTERVENCIÓN

TAREAS A REALIZAR

SEGUIMIENTOS

FECHA _____

TRATAMIENTO / TÉCNICAS

MARTHA CECILIA RONDÓN MONTAÑEZ

ESTUDIANTE DE PSICÓLOGA CLÍNICA

Anexo 3. Cuestionario de Esquemas Maladaptativos Tempranos

CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L₂*

Nº Protocolo

D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)
 Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)
 Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med.
 Copyright, 1990.

* Ítems con propiedades psicométricas en una muestra Colombiana de 1419 estudiantes universitarios.

Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()
 Estado Civil: _____
 Estrato socioeconómico: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()

INSTRUCCIONES

Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|---|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| | Completamente falso de mí | La mayor parte falso de mí | Ligeramente más verdadero que falso | Moderadamente verdadero de mí | La mayor parte verdadero de mí | Me describe perfectamente |
| 1 | Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen. | | | | | |
| 2 | Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 3 | Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 4 | Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 5 | Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 6 | Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 7 | Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 8 | Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 9 | Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 10 | Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas. | | | | | 1 2 3 4 5 6 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|----|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| | Completamente falso de mí | La mayor parte falso de mí | Ligeramente más verdadero que falso | Moderadamente verdadero de mí | La mayor parte verdadero de mí | Me describe perfectamente |
| 11 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 12 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 13 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 14 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 15 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 16 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 17 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 18 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 19 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 20 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 21 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 22 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 23 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 24 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 25 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 26 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 27 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 28 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 29 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 30 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 31 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 32 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 33 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 34 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 35 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 36 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 37 | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|------------------------------|-------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | Completamente falso de mi | La mayor parte falso de mí | Ligeramente más verdadero que falso | Moderadamente verdadero de mi | La mayor parte verdadero de mí | Me describe perfectamente |
| 38 Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 39 Me es difícil ser cálido y espontáneo. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 40 Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 41 Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 42 Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 43 Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 44 Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |
| 45 Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables. | | | | | | 1 2 3 4 5 6 |

Anexo 4. Sesiones Individuales

| Pacien te | FECHA SESIONES | OBJETIVO | PLAN DE INTERVENCIÓN | EVALUACIÓN / AVANCES |
|--------------|-------------------|---|--|---|
| 1 | 25/01/2010 | Realizar apertura de La historia clínica. | Entrevista semiestructurada con la paciente Apertura de la historia clínica | Organización de la información |
| | 08/02/2010 | Aplicar cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 | Retroalimentación datos en HC. Aplicación cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, | Se encontraron en la paciente altos los indicadores de Abandono, Insuficiente, Autocontrol/ autodisciplina, Desconfianza/Abuso, Deprivación emocional, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), derecho/grandiosidad, Entrapamiento. Se identificó pensamientos automáticos de angustia, temor, ira, soledad. |
| | 24/02/2010 | Disminuir los niveles de angustia | Distracción de pensamientos para el manejo de la preocupación | En la sesión la paciente refiere no cumplir con sus obligaciones laborales, porque los sentimientos de angustia la llevan a aislarse y constantemente tiene que excusarse con su jefe por la inasistencia al trabajo. En la sesión, logra identificar actividades que puede realizar en su casa para distraerse cuando experimenta angustia o preocupada como: mirar la televisión, leer libros de autoayuda, organizar las habitaciones de otra manera, ir al trabajo, realizar tareas con sus hijos. |
| | /03/2010 | Modificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos presentes en la paciente. | Entrenamiento en reestructuración cognitiva para modificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos | Se aborda ideas irracionales y se realiza reestructuración cognitiva como: sentirse triste porque no tiene a nadie de compañía, culpabilizarse por el abandono de su último compañero, la exageración de consecuencias en cuanto le quiten el niño menor por la influencia de su padre. En su análisis descubrió que le pueden pasar cosas más graves, que hay otras formas de interpretar la realidad. |

| | | | | |
|---|------------|--|--|--|
| | 23/03/2010 | Modificar los esquemas maladaptativos presentes en la paciente | Entrenamiento asertivo para modificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos | Se identifica pensamientos automáticos que suelen llevar a reacciones emocionales inadecuadas y negativas; como la exigencia estricta hacia sus hijos en los oficios y tareas que realizan, la paciente determina que puede exigir sin imponer o disgustarse con sus hijos. La paciente a través del triángulo cognitivo expresa lo aprendido en las sesiones, los compromisos en el cumplimiento de tareas, reconoce que la terapia fue de gran ayuda porque ahora se siente más útil, toma las cosas con calma y mejoró las relaciones con sus hijos. |
| 2 | 28/01/2010 | Realizar apertura de La historia clínica. | Entrevista semiestructurada con la paciente Apertura de la historia clínica | Organización de la información |
| | 09/02/2010 | Aplicar cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 | Retroalimentación datos en HC. Aplicación cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, | La paciente se muestra un poco alterada, desesperada porque siente que su esposo y familia la desautoriza ante su hijo. Se orientó a la paciente sobre el plan de intervención. Se encontraron altos los esquemas de: abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, privación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional, derecho/grandiosidad. |
| | 23/02/2010 | Adiestrar a la paciente en el modelo cognitivo para modificar ideas irracionales | Examen de ventajas y desventajas en las ideas irracionales | La paciente identifica por medio de gráficos la relación de la triada Pensamiento, emoción y conducta frente a las ideas irracionales en el contexto familiar. Por medio de esquemas de la triada la paciente ante una misma situación identifica las ventajas y desventajas. |
| | 15/03/2010 | Incrementar las habilidades sociales para generar un ambiente favorable con las personas que interactúa. | Entrenamiento en comunicación asertiva, para mejorar el nivel de las relaciones interpersonales. | Identifica formas de comunicación asertiva en los que se compromete utilizarlos asertivamente con su familia y comunidad. A través del examen de consecuencias anticipadas, la paciente expresó otra forma de dialogar con la familia de manera asertiva. |
| | 23/03/2010 | Reestructurar los esquemas maladaptativos tempranos evidentes en la paciente | Reestructuración cognitiva con el fin de cambiar las creencias sobre el Abandono y su dificultad para manejar las situaciones difíciles. | Se hizo análisis hasta qué punto los pensamientos se ajustan a la realidad, sintiéndose más querida por su familia, hacer intentos de participación en actividades con la familia. Ubicarse en la jerarquía de autoridad dentro la familia, buscar otra manera posible de interpretar la realidad, frente a la crisis de hipotensión ante los problemas. |

| | | | | |
|---|------------|---|--|---|
| | | | Cierre de la sesión. | Se recordó lo que se ha trabajado durante las sesiones, resaltando el manejo de los pensamientos automáticos. La paciente manifiesta haber comprendido el modelo cognitivo, haciendo identificación de los pensamientos automáticos, ha logrado tener una relación amigable con su hijo, donde le exige de acuerdo a sus capacidades, siente haber ganado la confianza de su hijo. Aclara que le gusto mucho la sesión grupal y repasa los apuntes tomados en la sesión. |
| 3 | 27/01/2010 | Realizar apertura de La historia clínica. | Entrevista semiestructurada con la paciente Apertura de la historia clínica | Organización de la información |
| | 05/02/2010 | Aplicar cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 | Ampliar datos de la HC Aplicación cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, | Ampliación de datos de la historia de vida de la paciente. Se hallaron altos en la paciente los esquemas abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, auto-sacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional. |
| | 18/02/2010 | Propiciar la mejoramiento de las relaciones familiares | Psicodrama sobre otras formas de comunicarse asertivamente | A través de esta técnica la paciente de la experiencia orientada ante los conflictos de la familia, encontró otras formas de comunicarse asertivamente con la familia, otras formas de resolver los problemas en familia y relacionarse con ellos sin la presencia de conflictos. |
| | 12/03/2010 | Cambiar los Esquemas Maladaptativos Tempranos de la paciente. | Reestructuración cognitiva para cambiar los Esquemas Maladaptativos Tempranos de la paciente. | Se identificaron pensamientos inadecuados como que no la quieren, que su actual compañero la puede abandonar, que así como a ella le exigieron desde niña de igual manera le exige a sus hijos, la dependencia que tiene viviendo con la familia extensa. La paciente a través de pensamientos alternativos comprende que no es importante ser querida por los suegros y cuñados, que le puede dar una vida diferente a sus hijos y esposo. , otra alternativa es cambiar de vivienda con su esposo e hijos. |

| | | | | |
|---|------------|---|---|--|
| | 24/03/2010 | Afrontar activamente conductas estresantes ante situaciones problemáticas. | Entrenamiento de auto instrucciones para manejar y controlar los impulsos. Cierre de la intervención | La paciente definió problemas a tratar que la hace descontrolar. A través del modelado del terapeuta la paciente se hizo hipótesis de cómo actuar en esos momentos, hizo uso de auto refuerzos como lo puedo hacer, así está bien, se compromete insistir en la aplicación de este modelo así falle. Finalmente se hizo evaluación de todas las sesiones, la paciente afirma que pudo aprender cómo afrontar los comportamientos de su hijo, mejoró en la relación con su esposo y familia extensa. Hubo cambio de vivienda y ahora visita a los suegros con quienes mejoró la relación, además siente que su hijo es más obediente, pelea menos con el niño. |
| 4 | 26/01/2010 | Realizar apertura de La historia clínica. | Entrevista semiestructurada con la paciente Apertura de la historia clínica | Organización de la información |
| | 04/02/2010 | Aplicar cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 | Amplificar datos de la HC Aplicación cuestionario de Young YSQ-L2, EMTs. | Hubo aporte de información sobre la historia de vida de la paciente. Aplicada la prueba se encontraron altos los esquemas de abandono, insuficiente autocontrol/ autodisciplina, desconfianza / abuso, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional y entrapamiento |
| | 16/02/2010 | Orientar a la paciente en el manejo de exigencias y tolerancia hacia sus hijos. | Continuum cognitivo para la modificación de pensamientos automáticos, de creencias y de exigencias | La paciente identifica por medio del gráfico de porcentajes sobre las exigencias en el aseo y orden de la casa comparado con otras viviendas, hasta que se ubicó en un porcentaje alto, en el nivel de tolerancia con sus hijos. |
| | 10/03/2010 | Modificar los esquemas maladaptativos presentes en la paciente | Entrenamiento en reestructuración cognitiva para modificar los esquemas maladaptativos en la paciente. | En el análisis de los pensamientos que se ajustan a la realidad, la paciente identificó pensamientos inadecuados ante emociones dolorosas y estresantes, finalmente encontró pensamientos alternativos adecuados para enfrentar ante las situaciones de la vida. |

| | | | | |
|---|------------|--|---|---|
| | 23/03/2010 | Desarrollar habilidades en el manejo de sentimientos de venganza hacia los que le han hecho daño | Silla vacía para descargar sentimientos contrapuestos hacia las personas. Cierre de la intervención. | La paciente pudo inicialmente gritarle a las personas que tenía en la silla vacía lo que sentía por ellos por haberle hecho daño, lo hizo en tres momentos hasta que finalmente ya les dijo de lo que sentía de manera calmada. Luego se cambió de silla donde la paciente sintió que ellos le ofrecían perdón. En la evaluación general de la intervención, la paciente, manifiesta su satisfacción por la terapia, porque le ha servido para mejorar la relación con sus hijos en especial con su hija mayor con quien discutía, ya no pelea porque le ensucien el piso, comparte más con sus hijos, les permite jugar en la casa, con los vecinos y familiares mejoró la relación, con su esposo aún tienen discusiones porque llega a la casa con tragos. Dice sentir alivio porque pudo descargar lo que sentía a su padre y otras personas que le había hecho daño. |
| 5 | 28/01/2010 | Realizar apertura de La historia clínica. | Entrevista semiestructurada con la paciente Apertura de la historia clínica | La paciente no se sentía bien asistir a consulta psicológica, luego de sensibilización aceptó. Reportó muy poca información para la historia. |
| | 10/02/2010 | Aplicar cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 | Entrevista semiestructurada con la paciente. Aplicación cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos | Se amplió la información para la historia clínica. En la evaluación del Cuestionario de Young, la paciente tiene altos los esquemas de: abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza / abuso, privación emocional, autosacrificio, estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), inhibición emocional y entrapamiento. |
| | 17/02/2010 | Mejorar la relación con su esposo bajando los niveles de autoritarismo. | Entrenamiento en comunicación asertiva para mejorar la comunicación con su esposo. | La paciente expresó los pensamientos y sentimientos propios en la relación con su esposo e hijos, donde pudo expresarse finalmente de manera eficaz, tranquila sin tener que gritar, amenazar y decir vulgaridades, con sus hijos y esposo. |
| | 12/03/2010 | Transformar los esquemas maladaptativos tempranos existentes en la paciente. | Entrenamiento en Reestructuración cognitiva para transformar los esquemas maladaptativos tempranos existentes en la paciente. | La paciente encontró la forma de expresar sus sentimientos de manera pasiva a través del modelo cognitivo, relacionando lo que piensa, lo que siente y como actúa. La paciente modifica los esquemas mentales sobre las exigencias e intolerancia, y autosacrificios para llamar la atención. |

| | | | | |
|---|------------|--|---|---|
| | 24/03/2010 | Buscar alternativas prácticas para corregir a sus hijos sin recurrir a la agresión. | Ensayo, modelado y rol playing, con alternativas correctivas hacia sus hijos, sin tener que recurrir a la agresión. Cierre de la intervención | La paciente ejecutó en vivo una conducta común de la forma como corrige a sus hijos, sobre la que evaluó la situación reconociendo los daños que le causa a sus hijos; así mismo encontró otras formas de corregir a sus hijos sin tener que agredirlos. En la evaluación general de la terapia, la paciente expresa agradecimiento por la intervención porque se consideraba muy impulsiva donde profería insultos, pero ahora ya puede corregir a sus hijos con cariño de manera más constructiva, le quedó claro como los pensamientos automáticos influyen en las emociones y conducta. |
| 6 | 27/01/2010 | Realizar apertura de La historia clínica. | Entrevista semiestructurada con la paciente Apertura de la historia clínica | Recolección de información para la Historia Clínica. |
| | 10/02/2010 | Aplicar cuestionario de Esquemas de Young YSQ-L2 | Ampliar datos de la HC Aplicación cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, | Se amplió la información para la historia clínica. La paciente tiene altos los esquemas de: abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza /abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles 1(consecuencias personales y sociales), estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), derecho / grandiosidad, entrapamiento. |
| | 25/02/2010 | Adiestramiento en el manejo de estrés | Examinar las ventajas y desventajas de las creencias | La paciente identificó ventajas y desventajas para el manejo del estrés: como ser competente para realizar actividades lucrativas y así no depender de su esposo, hacer cursos para desempeñarse en un trabajo., si organiza los horarios de las actividades puede cumplir con todas las tareas. |
| | 16/03/2010 | Entrenar a la paciente a modular su grado de actividad en función de su estado anímico | Distracción del pensamiento para el manejo de la tristeza | Hacer curso de belleza, conocer amigas para compartir, seguir el tratamiento del psiquiatra, leer libros de autoayuda, registrar las actividades realizadas en el día. |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 24/03/2010 | Transformar los Esquemas Maladaptativos Tempranos que presenta la paciente. | Reestructuración cognitiva para cambiar los esquemas maladaptativos presentes en la paciente. Cierre de la terapia. | Se orientó a la paciente donde identificó pensamientos distorsionados que le causan infelicidad, encontrando soluciones alternativas a las situaciones que se le presentan. La paciente expresa el progreso que ha tenido con la terapia, inició esta semana un curso de belleza que le llama la atención, se ha vinculado al grupo de la parroquia, ahora mantiene más ocupada, se tuvo que trabajar con el esposo para que comprendiera que la paciente debería salir para combatir la tristeza. Estableció amistad con el grupo de madres el día de la terapia grupal. |
|------------|---|--|--|

Anexo 5. Sesiones Grupales.

Sesión Grupal 1

TEMA: LA CRIANZA UNA EXPERIENCIA QUE DEJA HUELLAS

FECHA: 19 de Marzo de 2010 **HORA:** 2:00 PM a 3:30 PM

DIRIGIDO A: Las pacientes Madres que maltratan a sus hijos que fueron remitidas al ICBF, por quejas de maltrato hacia sus hijos.

OBJETIVO: Reflexionar sobre la crianza recibida en la infancia y acerca de la crianza que se ofrece a los hijos de los cuales se es responsable con el propósito de mejorarla.

Brindar orientación referente a la forma de corregir y educar a los hijos, promoviendo estrategias de formación hacia ellos.

- ✓ Reflexionar sobre la crianza recibida en la infancia y la crianza que se ofrecen a los hijos.
- ✓ Analizar las creencias que se tienen sobre la crianza de los hijos.
- ✓ Utilizar alternativas prácticas para corregir a su hijo sin tener que recurrir al castigo.

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO:

La técnica de intervención se realizará a partir de la metodología Aprender a Enseñar, proyectando diapositivas de Power Point, haciendo uso del video beam.

1. **REFLEXIONEMOS Y COMPARTAMOS:** Se enfocará la actividad a los presaberes sobre el tema.

- ✓ Dinámica “Tingo, tango”, se rota un objeto, se va diciendo la palabra tingo, cuando se diga tango, para... y quien quedó con el objeto hablará sobre la forma que fueron criadas.
- ✓ Se evalúa la dinámica anterior, Con música de fondo, recordar una situación vivida en la infancia.
- ✓ Se indagará con las pacientes sobre:

¿Por qué la infancia es tan fundamental para la vida futura?

¿Qué cambios han encontrado en cuanto vivieron la infancia y como la han vivido sus hijos, nietos?

2. **CONSULTEMOS:** Psicoeducación referente a tema de Putas de Crianza:

¿Qué es la crianza?

Importancia del cuidado de los hijos en cada una de sus etapas

Derechos fundamentales del niño/a

Diferencia entre prácticas de crianza y pautas de crianza

Personas encargadas en la crianza de los niños/as

¿Cuándo y cómo se aprende la crianza?

3. **DEBATAMOS:** Se pondrá en práctica los conocimientos sobre el tema de Pautas de crianza, a través de experimentos conductuales, en una dramatización cada grupo de 3 pacientes representa la crianza que le van a dar a sus hijos.

La crianza que damos a nuestros hijos es la mejor

Que debemos tener en cuenta para impartir una buena crianza a nuestros hijos/as

4. **COMPROMISOS:** Entre los compromisos del grupo de madres para mejorar el modelo de crianza con sus hijos están

- ✓ Poner en práctica lo visto en la sesión.
- ✓ Cambiar la forma de corregir a los hijos teniendo en cuenta las pautas de crianza.
- ✓ Tener en cuenta las etapas del desarrollo de los niños para las exigencias.
- ✓ Tener en cuenta los derechos de los niños en la crianza.

5. **EVALUACIÓN:** El grupo de madres hicieron un análisis de la temática donde señalan que la sesión fue muy productiva porque les enseñó pautas para la formación de sus hijos, les gustó el dramatizado, donde opinan que reconocen que así como dramatizaron la forma maltratante para corregir a sus hijos, de igual manera lo hacen en sus hogares, al versen reflejadas en el drama les impacta, el alcance del daño emocional causado a sus hijos.

Sesión Grupal 2

TEMA: AUTOCONTROL EMOCIONAL

FECHA: 22 de Marzo de 2010 **HORA:** 2 PM a 5:15 PM

DIRIGIDO A: Las pacientes Madres que maltratan a sus hijos que fueron remitidas al ICBF, por quejas de maltrato hacia sus hijos.

OBJETIVO: Proveer al paciente información básica sobre el autocontrol emocional, síntomas básicos y diversas estrategias de afrontamiento.

PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO:

La técnica de intervención se realizará a partir de la metodología Aprender a Enseñar, proyectando diapositivas de Power Point, haciendo uso del video beam.

- 1. REFLEXIONEMOS Y COMPARTAMOS:** Se enfocará la actividad a los presaberes sobre el tema.
 - ✓ Elaboración del plegado de un barco, guiado por la terapeuta
 - ✓ El barco se colocará en el piso y soplando se llevará a una meta programada, el terapeuta guiará con música de fondo y con una historia de viaje.
 - ✓ Reflexión sobre la dinámica y el logro de la meta.
 - ✓ Expresión de emociones vividas en la dinámica
- 2. CONSULTAMOS:** Psicoeducación referente a tema de Autocontrol emocional.

- ✓ Características del control de impulsos.
- ✓ Principio de la terapia cognitiva
- ✓ Las emociones
- ✓ Pensamientos automáticos
- ✓ Inteligencia emocional
- ✓ Autoconocimientos, autocontrol, automotivación.
- ✓ La empatía, habilidades sociales
- ✓ Técnica de relajación mental

3. **DEBATAMOS:** A medida que se desarrolle la temática, se involucrará a las participantes, quienes expresarán situaciones vividas con la temática.

Se hará una comparación de los pensamientos automáticos presentes en las madres y las actividades propias para modificarlos.

4. **COMPROMISOS:** las participantes se comprometerán a tener en cuenta las habilidades sociales para mejorar en la relación con sus hijos.

Tener en cuenta los cada uno de los autos personales para mejorar sus competencias personales.

5. **EVALUACIÓN:**

En una hoja escribirán las emociones negativas y dibujaran las emociones positivas a tener en cuenta, Ver Anexo 7.

Finalmente se aplicó la técnica de la respiración y de relajación a través de la técnica de Jacobson, (1938, citado por Payne, 1996). P.56-57

En esta sesión el grupo de madres siguió las pautas dadas con un fondo musical, en el cual la mayoría de madres se quedaron dormidas.

En la evaluación de la relajación, el grupo de madres manifiestan haber aprendido a respirar relajadamente, la cual tendrán en cuenta cuando se sientan estresadas de igual manera dedicarán tiempo para la relajación siguiendo mentalmente algunos de los pasos que se tuvieron en cuenta en la sesión, además reconocen la importancia de escuchar música relajante como la que se utilizó en la terapia.

MÉTODO DE RELAJACIÓN MENTAL

Este es un método de repetición, de aprendizaje.

Dirigido a un grupo de madres de Girón con hábitos de vida muy estresante o que por su forma de vivir se sienten muy angustiados.

La relajación es diferente al sueño, es importante realizarla una vez al día por 3 meses, posteriormente día por medio.

Se ubicará a las usuarias en colchonetas, inicialmente se orientará a las pacientes a tomar y expulsar el aire de maneja relajada, que a su vez sirve como técnica de relajación.

Fondo musical.

Tomar aire, expulsarlo. (Ejercicio normal con todos los pasos)

Nos preparamos para empezar la sesión de relajación, buscar la posición más adecuada, que no tenga ningún tipo de tensión por la postura en que se encuentre. Es importante que se concentre en mi voz, cierra los ojos...

Visualice mentalmente el N° 1 y repite mentalmente el N° 1 (3 veces).

Visualice mentalmente el N° 2 y repite mentalmente el N° 2 (3 veces).

Visualice mentalmente el N° 3 y repite mentalmente el N° 3 (3 veces).

Concentra tu pensamiento en tu frente, localiza si hay algún tipo de tensión en los músculos de tu frente y nota cómo los músculos de tu frente se alisan, se calman, se distienden, se tranquilizan se sosiegan, se hacen más blandos, tranquilos, distendidos, calmados. Nota cómo las tensiones se diluyen y entra en un estado de tranquilidad profunda, más y más profunda cada vez.

Concentra ahora tu pensamiento en los músculos de tus sienes, imagina que unos dedos cálidos están dando el masaje circular a los músculos de tus sienes, nota cómo percibes una sensación de tranquilidad, de distensión, de calma; no pongas ninguna censura a la relajación, deja que los músculos de tus sienes, estén blandos, relajados, tranquilos, siente la relajación dentro de ti y nota cómo eso a ti te gusta. Nota cómo eso te agrada y te hace sentirte bien.

Concentra tu pensamiento en tus ojos, nota como tus ojos están cansados, nota cómo tus párpados están cansados, cómo tus párpados se caen por el peso del cansancio de la tranquilidad que tienen en tus ojos, siente una sensación de ensueño, de tranquilidad, noto como poco a poco los músculos de tus ojos, están más y más profundamente relajados, siente cómo poco a poco la relajación es cada vez más profunda y eso te gusta, eso te agrada y te hace sentirte bien.

Concentra tu pensamiento en los músculos de tus pómulos, comisura de los labios y mandíbulas, siente una sensación profunda de distensión, de tranquilidad, y nota cómo la parte inferior de tu cara está más y más profundamente relajada, deja que la tensión de tus pómulos se diluya, deja que los músculos de los pómulos estén lisos, tranquilos, distendidos, nota como poco a poco hay una sensación de relajación dentro de ti. Separa tus labios y deja que caiga tu lengua sobre el paladar inferior.

Esta postura no habrá ninguna tensión en los músculos de tu cara y permite que la relajación sea cada vez más y más profunda. Relájate y suelta toda la tensión, deja que los músculos de tu cara se relajen más y más profundamente, cada vez; y nota cómo tu frente, tus sienes, tus ojos, tus párpados, los pómulos, la comisura de tus labios, tus mandíbulas están muy relajados, muy tranquilos, siente un calor que recorre esta zona de tu cuerpo y te sientes bien y te encuentras bien, sientes una tranquilidad, un estado profundo de bienestar, de paz interior, que te gusta, que te agrada y que te hace sentirte muy bien.

Nota la relajación dentro de ti y siente cómo los músculos de tu cara están más y más profundamente relajados, tus ojos te siguen pesando cada vez más y entras dentro un estado de sueño, de tranquilidad, de distensión, de paz, que te gusta, que te agrada, que te hace sentirte muy bien.

Ahora concentra tu pensamiento en los músculos de cuello, nuca y hombros, deja que tus hombros caigan por el peso, no ponga ningún tipo de censura a la distensión a la tranquilidad, a la sensación profunda de relación y para eso permite que tus músculos de cuello, nuca y hombros, están tranquilos y siente como estos músculos se alisan, se claman, se distienden, se tranquilizan, se sosiegan, se hacen blandos, distendidos y calmados, siente como las tensiones se diluyen y entras dentro de un estado de tranquilidad profunda, más y más profunda cada vez.

Ahora concentra tu pensamiento en los músculos de antebrazos, brazos, manos y dedos de las manos, siente una corriente de calor en cada uno de los músculos de esta zona de tu cuerpo, nota como esa sensación cada vez produce un estado de tranquilidad, de distensión, que te gusta, que te agrada y que te hace sentirte bien, percibe una sensación más y más profunda de calor y de bienestar de los músculos de antebrazos, brazos, manos y dedos de las manos, siente una fuente de calor en cada uno de los músculos de esta parte del cuerpo, y nota cómo esta sensación cada vez produce un estado de tranquilidad, de distensión que te gusta, que agrada y que te hace sentirte bien.

Ahora concentra tu pensamiento en tu respiración, es muy importante que tu respiración sea profunda, lenta y rítmica; consigue que la respiración marque paso a paso un estado de tranquilidad interior. Para ello inspire profundamente aire por la nariz..... Expulse muy lentamente el aire por tu boca.....aguanta... despacio... expulsa por la boca... despacio, sin prisa...

Nota como con esta respiración profunda y rítmica, los músculos de tu pecho, de espalda, abdomen y riñones, se alisan, se calman, se distienden, se tranquilizan, se hacen blandos, distendidos, calmados; nota como las tensiones se diluyen, tu pecho, tu espalda, tu abdomen están en un estado de tranquilidad, de distensión, de calma, de relajación profunda más y más profunda cada vez.

Inspira profundamente aire por tu nariz, aguanta y expulsa lentamente, marca esta respiración profunda, lenta y rítmica, la llevará a encontrar estado de relajación y va a notar un estado de tranquilidad.

Tu cuerpo se relaja más y más profundamente, cada vez más encuentra en la relajación una sensación profunda de bienestar interior, consiguiendo que los músculos estén más blandos, más lisos, más calmados y nota una sensación de tranquilidad que te gusta, que te agrada y que te hace sentirte muy bien; nota como está dentro de ti un estado que produce paz interior, de bienestar, de calma, una sensación profunda de relajación más y más profunda cada vez.

Estudia los músculos de tu pecho, diluye las tensiones, que no haya ningún tipo de opresión en tu pecho, que no haya ningún tipo de signo o señal de tensión en tu pecho y permite que la relajación esté en la espalda en el abdomen, libérate de las tensiones, relájate y suelta toda la tensión, deja que los músculos de tu cuerpo se relajen más y más profundamente, cada vez. Siente, encuentra en la relajación una sensación profunda de bienestar, nota como estás dentro de un estado que produce una paz interior, de bienestar, de calma, una sensación profunda de relajación más y más profunda, cada vez.

Ahora concéntrate en tus piernas, localiza si hay algún tipo de tensión en los músculos de tus piernas, concéntrate en muslos, rodillas, gemelos, tobillos, pies y dedos de pies y siente como tus piernas están muy cansadas, nota un gran peso en tus piernas, siente una corriente de relajación, una corriente de calor en tus muslos, en tus rodillas, en los gemelos, en los tobillos, en los pies y dedos de los pies, déjate llevar por la relajación profunda, siente la relajación profunda, estás en la relajación profunda. respira profundamente, lentamente, rítmicamente.

Tu cuerpo está relajado y los músculos de tus piernas, se alisan se calman, se distienden, se tranquilizan, se sosiegan, se hacen blandos, distendidos, tranquilos, calmados, nota como las tensiones se diluyen y entra en un estado de bienestar, de tranquilidad profunda, más y más profunda cada vez, y eso te gusta, eso te agrada y te hace sentir bien. Percibe una sensación de calor, de bienestar que recorre tu cuerpo... no pongas ninguna censura a la relajación, deja que caigan tus brazos, que caigan tus piernas y que tus ojos estén cada vez más y más profundamente relajados y entras dentro de un estado de ensueño, de relax, de tranquilidad, que te gusta, que te agrada y que te hace sentirte bien.

Ahora voy a repetir uno a uno los músculos mencionados, según vaya yo nombrando éstos músculos sienten una corriente de calor, una corriente de distensión de tranquilidad, relaja más profundamente los músculos de frente, sienes, ojos, párpados, pómulos, comisura de los labios, mandíbula... Cuello, nuca, hombros, antebrazos, brazos, manos, dedos de manos... pecho, espalda, abdomen, riñones... muslos, rodillas, gemelos, tobillos, pies, dedos de pies... Todo tu cuerpo está muy relajado, te sientes bien, te dejas llevar, no produce ninguna censura a la relajación mental, te encuentras totalmente relajado, tu cuerpo te pesa, y estás tranquilo, relajado, calmado, no tienen ninguna tensión en tu cuerpo; encuentras en la relajación mental un estado de tranquilidad, de distensión, de calma, que te gusta, que te agrada y que te hace sentirte bien.

Siente la relajación profunda y disfruta de esta sensación profunda durante unos minutos... (Fondo musical)....

Relájate más y más profundamente cada vez, déjate llevar....

Visualice mentalmente el N° 3 y repite mentalmente el N° 3 (3 veces)...

Visualice mentalmente el N° 2 y repite mentalmente el N° 2 (3 veces)...

Visualice mentalmente el N° 1 y repite mentalmente el N° 1 (3 veces)...

Voy a contar hasta 10 en 3 moverás lentamente tus manos y los dedos de tus manos, en 6 moverás lentamente tus pies, en 9 moverás lentamente tu cuello y en 10 abrirás tus ojos... dando por acabada la sesión de relajación mental... 1... 2.... 3 Mueve lentamente tus manos, y los dedos de tus manos, despacio, sin prisas, lentamente, mueva un poco más los dedos de tus manos, lentamente....

4.... 5... 6... nuevamente lentamente tus pies y los dedos de tus pies, mueve un poco más tus brazos tus manos, los pies y mueve lentamente los dedos de tus pies.... 7... 8... 9....

Mueve tu cuello lentamente, despacio, de izquierda a derecha, lentamente, sin prisas, mueve un poco más, tus manos, tus pies, tu cuello. Mueve más tus manos, tus brazos, tus pies, tu cuello...10... abre tus ojos...

Anexo 6. Presentación de casos

CASO 1

1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

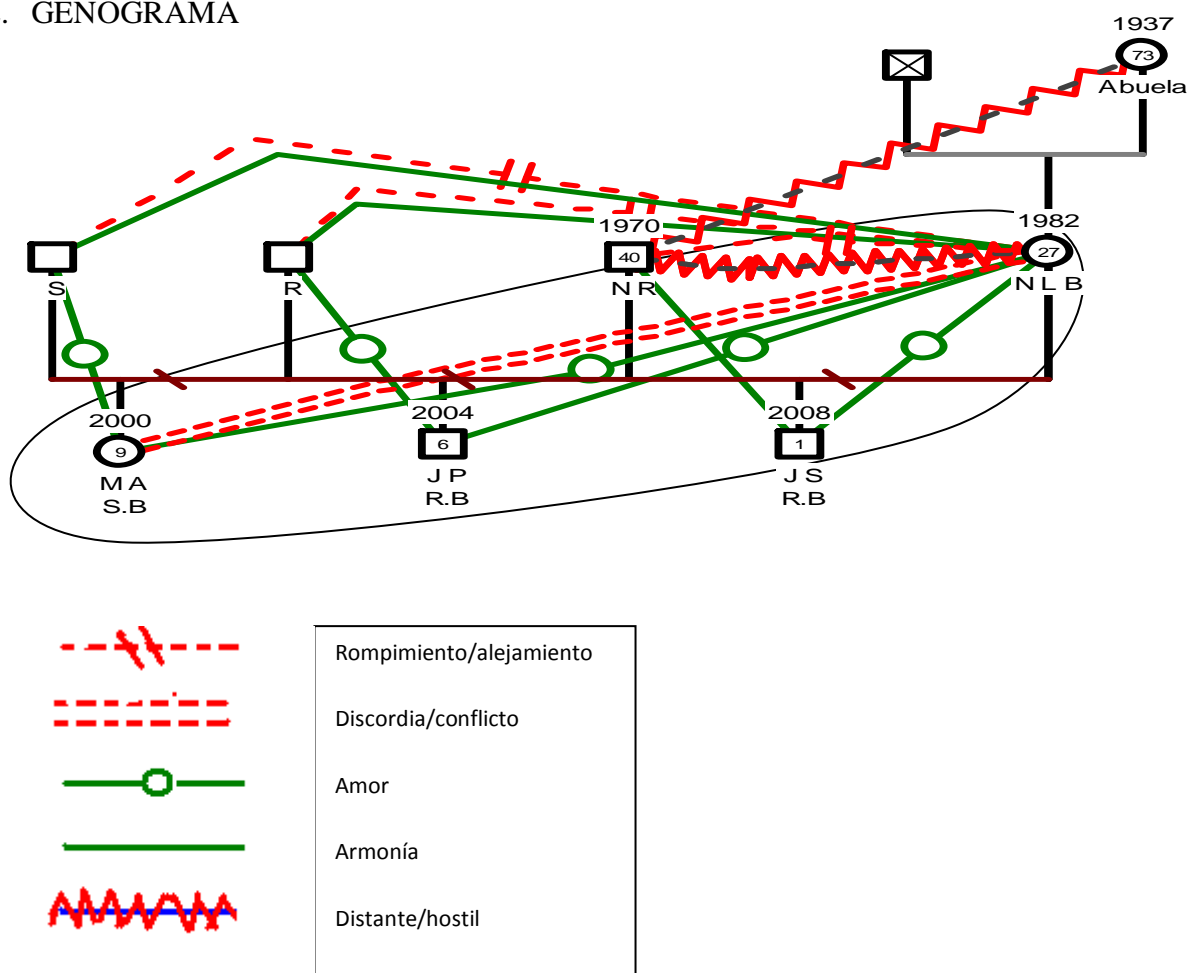
Nombre: NINA Sexo: F Estado Civil Soltera

Lugar de nacimiento: Bucaramanga 10/05/1982 Edad: 27

Ocupación Auxiliar laboratorio dental Nivel de Estudios Técnico Incompleto

Nivel Socioeconómico: 1 del sisben

2. GENOGRAMA



3. MOTIVO DE CONSULTA

“Me citaron por una denuncia porque regaño y le pego a mi hija mayor, por ser tan necia”

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Maltrato recurrente hacia su hija mayor.
- ✓ Altos niveles de exigencia hacia su hija mayor.
- ✓ Altos niveles de angustia.
- ✓ Dificultad para establecer relaciones afectivas estables.

La paciente ha sido maltratada física y verbalmente por la madre, también utilizaba gritos, alta exigencia en el cumplimiento de actividades propuestas; refiere que los compañeros que ha tenido le han exigido de la misma manera y le han causado maltrato a la paciente, describe que su hija mayor hace las cosas de manera lenta de acuerdo con su edad, situación que a la madre le molesta; por otro lado la paciente refiere que su mamá tuvo varios compañeros con quienes tuvo sus hijos. Actualmente la paciente lleva una relación conflictiva con el padre de su hijo menor, quien constantemente profiere amenazas de quitarle a su hijo, presentando denuncias ante entidades del estado.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

En su infancia la paciente residió en Girón, vivió en un hogar con la madre y 5 hermanos, siendo la paciente la hija menor. La familia no contó con presencia paterna estable. En el hogar se vivían relaciones disfuncionales, la madre fue víctima de maltrato por parte de sus compañeros con quienes mantuvo convivencia, a su vez la madre para corregir a sus hijos los golpeaba, los gritaba e insultaba, razón por la cual todos los hijos le tenían miedo.

A los 17 años de edad, la paciente inició convivencia con el padre de su hija mayor, separándose cuando su hija tenía dos años, ya que al parecer tenían relaciones conflictivas, además le proporcionaba maltrato físico, verbal y psicológico. Al poco tiempo inició una nueva relación y tuvo su segundo hijo, siendo abandonada nuevamente cuando su hijo estaba recién nacido; después estableció relación con el padre de su hijo menor con quien no pudo vivir durante mucho tiempo por el maltrato a ella y a sus hijos. Actualmente se encuentra sólo con sus hijos y ha tenido que enfrentar constantemente a su último compañero quien la amenaza con quitarle su hijo, exponiéndola a situaciones de escándalos, situación que le ha generado sentimientos de angustia y desesperación, que a su vez converge en el maltrato hacia su hija.

CICLO DE VIDA

La paciente, fue abandonada por la madre, quien se la entregó a la abuela paterna cuando tenía 6 años, desde entonces siempre vivió con la abuela. De sus hermanos y madre no sabe nada, el padre vive en otra ciudad y hace mucho tiempo que no sabe nada de él. Según su relato, su infancia fue muy triste al lado de la madre quien siempre le propició maltrato; su vida cambió cuando la abuela paterna la tuvo a cargo, fue buena estudiante, entre sus planes estaba ser profesional, pero sus sueños quedaron atrás con su primer embarazo.

6. CONTEXTO

La paciente, actualmente vive sola con sus 3 hijos, visita constantemente a la abuela a quien considera su mamá, que vive en el mismo barrio y le colabora con el cuidado de sus hijos mientras ella trabaja, refiere que siempre han mantenido buenas relaciones. Con sus hijos menores no tiene problemas, pero con su hija mayor sí, ya que expresa que es muy lenta para

hacer todo; le gusta la vida social pero dada la responsabilidad que tiene con sus hijos se limita por razones económicas, solo sale a trabajar cuando tiene oferta de servicio, se desempeña como auxiliar de laboratorio dental, aunque no es un trabajo fijo; aún no ha terminado la tecnología en esta rama (la tuvo que suspender porque no cuenta con el tiempo ni recursos económicos para tal fin). Los padres de sus hijos mayores aportan con la cuota alimentaria, pero de su hijo menor está bajo toda su responsabilidad porque el padre no ha cumplido con sus compromisos, su relación es conflictiva por las constantes amenazas, razón por la cual ha tenido que dejar de trabajar.

En cuanto a la salud, refiere frecuentes dolores de cabeza, espalda y a veces controla el dolor con analgésicos, últimamente ha ganado peso y ha incrementado la ingesta de golosinas pero no reporta preocupación por su estado actual.

7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

A la paciente se le aplicó el cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos Tempranos, encontrándose que se hallan altos los indicadores de: Abandono, Insuficiente Autocontrol/autodisciplina, Desconfianza/Abuso, Deprivación emocional, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), Derecho/Grandiosidad y Entrapamiento. Lo cual indicaría a la paciente como una persona con recurrentes ideas de abandono que pudiera explicar por las sucesivas situaciones de separación a las cuales se vio sometida en la infancia.

Adicionalmente, la situación de abandono pudo dar lugar a la idea de deprivación emocional, al considerarse poco digna del cariño, intentando para obtenerlo recurriendo al autosacrificio para mantenerlo; su historia afectiva podría dar cuenta de la idea de

desconfianza/abuso, que la lleva a desconfiar de las intenciones de las personas. Como estrategia de compensación, la paciente recurre a altos niveles de exigencia, los cuales se transfieren a sus hijos, en especial a su hija mayor, lo cual da lugar a frecuentes situaciones de maltrato.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

-Eje I: Trastorno de control de los impulsos no clasificados en otros apartados. Trastorno explosivo intermitente: aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos dando lugar a la violencia.

-Eje II: Ninguno

-Eje III: Ninguno

-Eje IV: Economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes

-Eje V: EEAG 72 Al ingreso.

8. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Eliminar el maltrato hacia su hija
- ✓ Generar habilidades en el control emocional
- ✓ Disminuir los niveles de angustia
- ✓ Modificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos presentes en la paciente.

9. PLAN DE INTERVENCIÓN

- ✓ Psicoeducación a través de información de pautas de crianza: Etapas del desarrollo del niño/a,
- ✓ Autoinstrucciones en el manejo y control de los impulsos.
- ✓ Distracción de pensamientos para el manejo de la preocupación

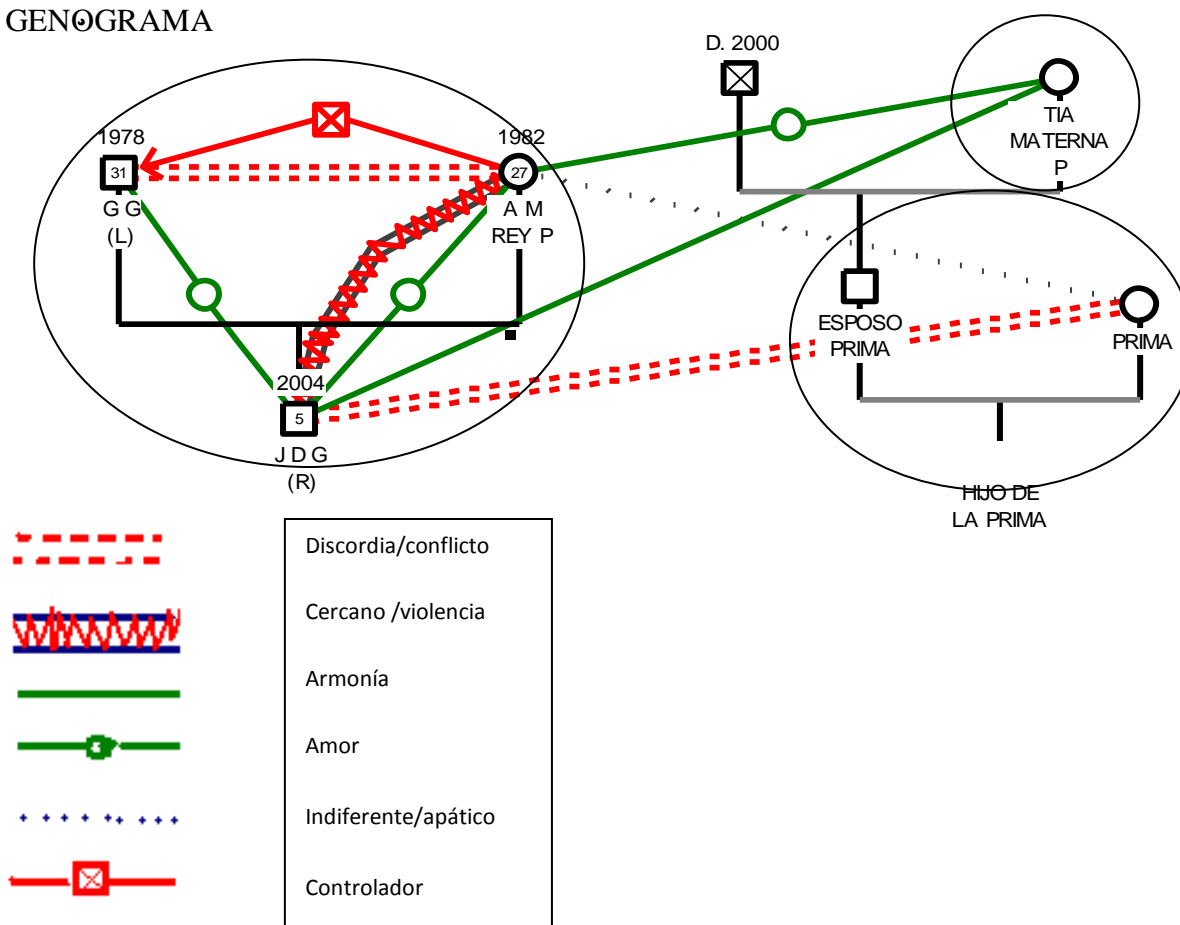
- ✓ Entrenamiento en reestructuración cognitiva para modificar los Esquemas Maladaptativos Tempranos
- ✓ Entrenamiento asertivo para modificar los esquemas maladaptativos tempranos

CASO 2

1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Nombre: ANA MARÍA Sexo: F Estado Civil Casada
 Lugar de nacimiento: Bucaramanga 10/05/1982 Edad: 27
 Ocupación Servicios domésticos Nivel de Estudios Secundaria completa
 Nivel Socioeconómico: 1 del sisben

2. GENOGRAMA



3. MOTIVO DE CONSULTA

“Vengo porque mi hijo tiene comportamientos de necesidad y recibo quejas del jardín y me molesta que se porte mal, por ese motivo le he pegado”

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Falta de control en las normas hacia su hijo.
- ✓ Relaciones conflictivas con su esposo y familia extensa.
- ✓ Dificultad en el control de impulsos.
- ✓ Pocas habilidades sociales.

El maltrato hacia su hijo comienza a raíz de las quejas por su comportamiento disruptivo en la escuela, el niño en la casa también se muestra desafiante ante la madre, presentando desobediencia y rebeldía con la madre, ella trata al niño de acuerdo con estándares de exigencia muy altos que cuando él no los alcanza, genera en ella irritabilidad que no contiene, sino que expresa mediante golpes, gritos e insultos. Sus altos estándares de exigencia se fundan en una infancia altamente demandable, donde no se sintió querida ni reconocida por la familia de crianza, en el cual nunca expresaba el desacuerdo por temor a ser regañada y porque consideraba que ya le hacían un favor cuidando de ella.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

La paciente vivió en Bucaramanga con su padres, una vez quedó huérfana se estableció en Girón; donde vivió con la tía materna y primas siendo la paciente la niña mayor de la familia de

crianza, no contó con figura paterna porque no mantenía buena relación con el esposo de la tía. Desde su infancia se ha caracterizado por ser ordenada, aseada, cumplidora de los deberes; tuvo pocas amistades no le permitían jugar con sus amigas, la relación con sus compañeras del colegio fue distante y así ha continuado, comparte sólo con su familia, con quien también presenta conflictos. Se casó muy joven con el único novio que tuvo, con quien a pesar que es un hombre muy calmado, continuamente discuten por su hijo y la paciente siente que él la desautoriza frente al niño cuando ella lo corrige.

6. CICLO DE VIDA

La paciente, fue educada por la tía materna, porque quedó huérfana de 4 años, el padre estableció una nueva relación. Desde entonces estuvo bajo el cuidado de su tía, de la cual ha sentido afecto sin embargo no existía una buena relación. Según refiere la paciente, empezó su vida laboral a los 15 años de edad, para comprar sus cosas personales, porque en la casa no se las daban y ella no se atrevía a pedir; se casa con su único novio cuando tenía 18 años, pero continuó viviendo con su familia, quedó embarazada de su primera hija a los 2 años de casada, cuando la niña tenía 2 años de vida, se enfermó y murió, esto ocurrió hace 5 años y aún recuerda este hecho con tristeza, en ese tiempo se encontraba embarazada y a los 4 meses llega su segundo hijo que actualmente tiene 5 años, refiere que ha sido muy consentido por el padre y la tía con quien ha establecido un vínculo muy fuerte

7. CONTEXTO

La paciente vive con la familia de crianza en un edificio de tres apartamentos, donde uno de ellos es habitado por ella. Tiene conflictos con su hijo porque no obedece, le contesta

inadecuadamente y no sigue instrucciones y normas; la tía interviene sobreprotegiendo al niño y siendo permisiva con él a igual que el papá, razón por la cual la paciente mantiene discusiones con la tía y esposo.

La paciente se dedica a su trabajo que lo hace ocasionalmente en casas de familia en labores de aseo, su esposo es vigilante de noche, con el cual solo comparten tiempo en la mañana y el fin de semana, razón por la cual tiene pocos espacios para compartir en pareja; los recursos económicos son aportados por ambos, pero son restringidos frente a los gastos. Tienen poca vida social como pareja debido al trabajo de ambos. La paciente expresa tener problemas de baja tensión en la cual sucede cuando está angustiada o cuando se tiene que enfrentar las problemáticas con su hijo, esposo y familia extensa.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Se le aplicó a esta paciente el cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, hallándose altos los indicadores de: Abandono, Insuficiente Autocontrol/autodisciplina, Deprivación emocional, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), Inhibición emocional y Derecho/Grandiosidad. En el que sitúa a la paciente como una persona con ideas de temor al abandono que pueden estar asociados con el abandono que sufrió en la infancia por parte de los padres, creció en un ambiente sintiéndose poco querida por la familia, recurriendo al autosacrificio para obtener de su familia atención y cariño.

La vida afectiva de la paciente la ha llevado a desconfiar del amor que le brinda la familia y las personas con quienes interactúa, así mismo recurre a altos niveles de exigencia dirigidos

hacia su hijo con permanentes comportamientos de maltrato. Ante la dificultad para afrontar los problemas, la paciente suele responder con una respuesta fisiológica de hipotensión, a través de la cual gana atención de la familia.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

-Eje I: Trastorno somatoformo no especificado. Un trastorno con síntomas físicos no explicados. Desmayos en momentos de angustia.

-Eje II: Ninguno

-Eje III: Problemas de baja tensión.

-Eje IV: Problemas de relación conyugal, Problemas relativos al ambiente social, Deterioro significativo de la actividad social y familiar

-Eje V: EEAG 70 al ingreso.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Adiestrar a la paciente en el modelo cognitivo para modificar ideas irracionales
- ✓ Incrementar las habilidades sociales para generar un ambiente favorable con las personas que interactúa.
- ✓ Reestructurar los esquemas maladaptativos tempranos evidentes en la paciente
- ✓ Desarrollar habilidades en el manejo de pautas de crianza para mejorar el trato con su hijo.
- ✓ Entrenar en el manejo y control de impulsos.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

- ✓ Examen de ventajas y desventajas en las ideas irracionales

- ✓ Entrenamiento en comunicación asertiva, para mejorar el nivel de las relaciones interpersonales.
- ✓ Reestructuración cognitiva con el fin de cambiar las creencias sobre el Abandono y su dificultad para manejar las situaciones difíciles.
- ✓ Psicoeducación con información de pautas de crianza con temas como: El Afecto
- ✓ Técnicas de relajación y respiración para autocontrol emocional.

CASO 3

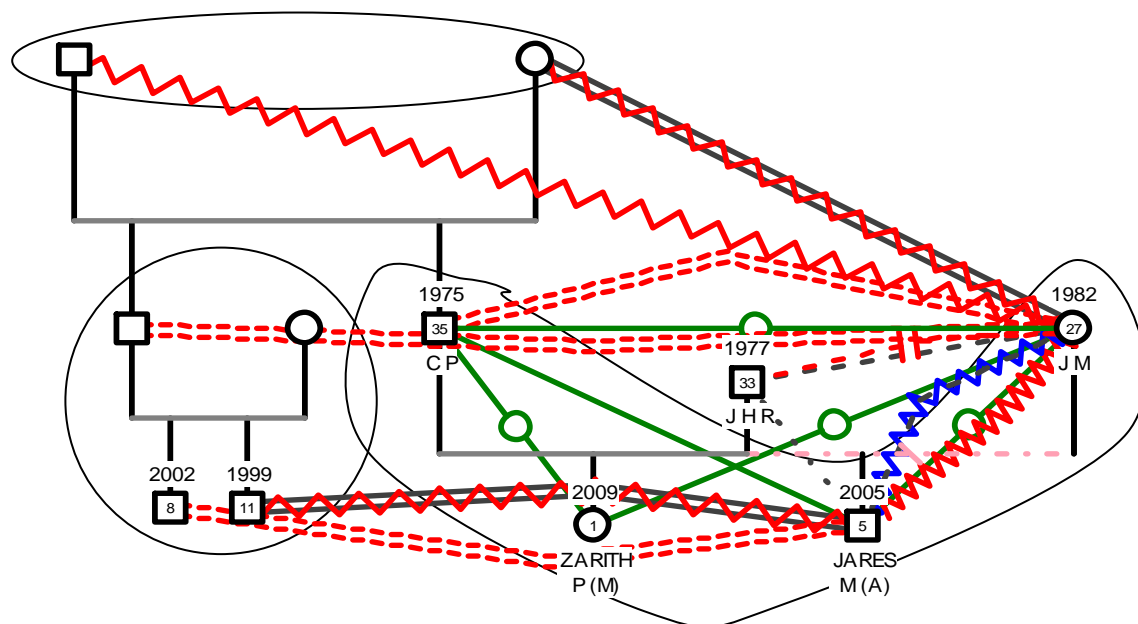
1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

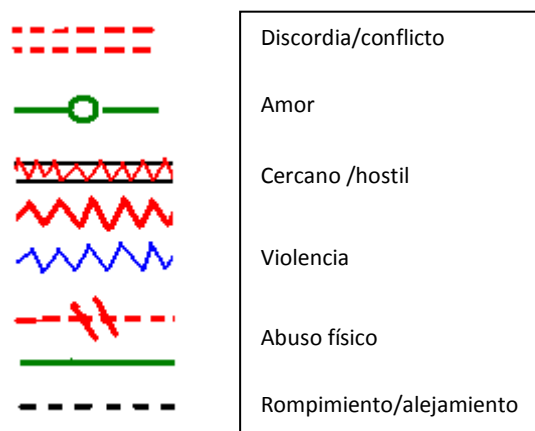
Nombre: JOHANA Sexo: F Estado Civil: Unión Libre

Lugar de nacimiento: Bucaramanga 10/05/1982 Edad: 27

Ocupación: Ebanistería Nivel de Estudios: Secundaria Incompleta

2. GENOGRAMA





3. MOTIVO DE CONSULTA

“Me dieron cita con psicología porque corrijo a mi hijo por portarse mal”.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Conductas agresivas al corregir a su hijo.
- ✓ Creencia de de no ser querida e incapacidad afectiva
- ✓ Relaciones conflictivas con la familia extensa
- ✓ Manifestaciones de impulsibilidad ante situaciones problemáticas

Las conductas agresivas con su hijo, se generan por la desobediencia de su hijo mayor, el incumpliendo de normas, las quejas constantes del colegio y de la familia extensa, como las peleas con sus primos. Su actual compañero le hace fuertes exigencias en la relación con su familia, cumplimiento de las labores del hogar y cuidado de sus hijos; adicionalmente la familia extensa de su esposo constantemente le hace exigencias y críticas sobre las actividades que realiza y sobre su hijo, el esposo defiende a su familia y la desautoriza frente a ellos.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

Durante la infancia y adolescencia la paciente vivió en Barranquilla con su familia en un hogar conformado por el padre, la madre y 8 hermanos, siendo la paciente la hija mayor, el padre no fue reconocido como figura paterna como tal, dado que no cumplía con sus compromisos familiares, “siempre llegaba borracho y todos se escondían por el miedo que le tenían, tampoco se atrevían a hablarle porque los alejaba con gritos y los castigaba físicamente”; refiere que la madre fue siempre sumisa, era quien trabajaba para responder por los gastos del hogar, siendo una familia numerosa pasaron muchas necesidades económicas y afectivas.

6. CICLO DE VIDA

Durante la niñez, la paciente fue testigo de la violencia propiciada por el padre hacia la madre y hermanos, siendo la paciente la hija mayor, sentía mayor nivel de exigencia, cuidaba a sus hermanos menores, respondía por los oficios domésticos, refiere que recibió los castigos más fuertes y la trataban con mayor rudeza.

Siendo una adolescente de 15 años debía trabajar en oficios domésticos para ayudar económicamente al hogar, en el cual no le permitían tener amigos ni salir con amigas, decidió salir de la casa a los 16 años de edad al parecer por la presión de su padre, se enamoró del primer joven que la pretendió, cuando tenía 17 años se fue de la casa a vivir con un joven por unos meses porque su compañero la abandonó y se fue a vivir con otra mujer; posteriormente se fue a vivir con una amiga durante un año, luego se fue a vivir sola a un inquilinato. A los 22 años estableció relación de convivencia con el padre de su hijo, quedando embarazada a los 3 meses, pero durante el embarazo, la paciente refiere haber dejado a su compañero “por ser un hombre

irresponsable con los gastos del hogar”, desde entonces no ha mantenido contacto con él. Estuvo un tiempo sola dedicada a su trabajo y a su hijo, pero desde hace dos años tiene un nuevo compañero con quien tiene una niña de un año.

7. CONTEXTO

La paciente vive en la casa de los suegros con la familia extensa de su compañero, conformada por 3 familias, en el tiempo laboral deja sus hijos bajo el cuidado de su suegra, quien a menudo profiere quejas del niño, quien desobedece las normas, no atiende órdenes, situación que lleva a la madre a enfurecerse con él, lo grita y lo castiga físicamente. Con su esposo discuten fuertemente por esta situación, porque él no está de acuerdo que trate mal a su hijastro; la paciente refiere que se siente muy mal viviendo en esta casa, porque constantemente hay discusiones con todos, solo se hablan para discutir, también siente que todos intervienen en la relación de pareja, que no la quieren y desean que su esposo la deje. La familia de la paciente hace resistencia viviendo en esta casa dada la situación económica en la que se encuentran; ambos trabajan pero ella tuvo que renunciar por problemas de salud, ya que refiere frecuente migraña y dolor de espalda.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En el cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, se aplicó a esta paciente donde se halló altos los indicadores de: Abandono, Insuficiente Autocontrol/autodisciplina, Desconfianza / Abuso, Deprivación emocional, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia) e Inhibición emocional. Que

muestra a la paciente con temor al abandono, por los repetidos abandonos iniciados en su infancia por sus padres, donde a pesar de estar con ellos tuvo ausencia de apoyo emocional y escasos vínculos de protección por parte de los padres, desde la niñez se ha sentido poco querida y tenida en cuenta, situación que igualmente lo refleja con la familia extensa, valiéndose del autosacrificio al vivir en la casa de los suegros para conseguir ganancia con su esposo.

El haber vivido una infancia en donde terminaba siendo víctima de maltrato, de humillaciones, insultos y castigos proferidos por el papá, se relaciona con la percepción de la paciente de ser la víctima, engañada, indefensa en que siempre recibe la peor parte, extendiendo hacia su hijo frecuente maltrato y exigencias a su corta edad.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

-Eje I: Trastorno explosivo intermitente: episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia

-Eje II: Ninguno.

-Eje III: Dolor de Espalda, migraña

-Eje IV: Problemas relativos al ambiente familiar, problemas económicos

-Eje V: EEAG 75 al ingreso.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Propiciar la mejoramiento de las relaciones familiares
- ✓ Cambiar los Esquemas Maladaptativos Tempranos de la paciente.
- ✓ Afrontar activamente conductas estresantes ante situaciones problemáticas.
- ✓ Utilizar alternativas prácticas para corregir a su hijo sin tener que recurrir al castigo

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

- ✓ Psicodrama sobre otras formas de comunicarse asertivamente
- ✓ Reestructuración cognitiva para cambiar los Esquemas Maladaptativos Tempranos de la paciente.
- ✓ Reestructuración cognitiva para cambiar los Esquemas Maladaptativos Tempranos de la paciente.
- ✓ Entrenamiento de auto instrucciones para de manejar y controlar los impulsos.
- ✓ Técnica psicoeducación en la terapia cognitiva conductual y autocontrol de impulsos
- ✓ Psicoeducación en pautas de crianza sobre la forma de corregir a su hijo.

CASO 4

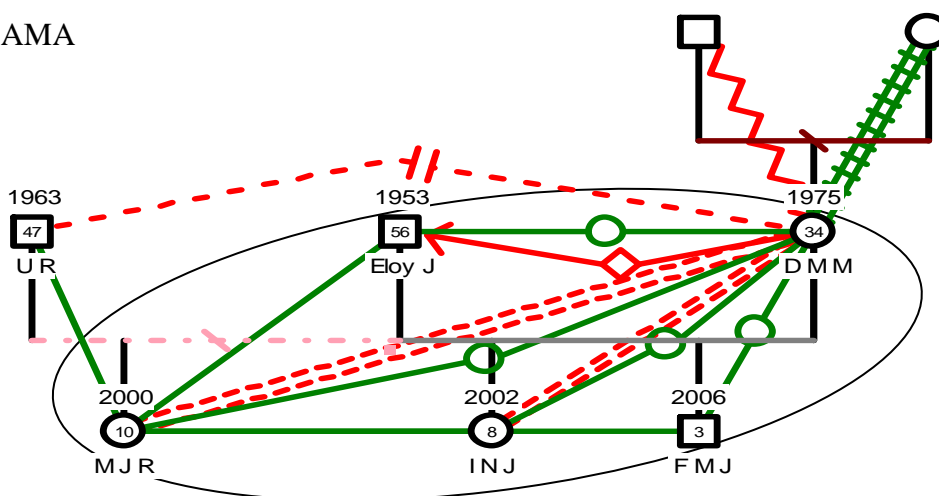
1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

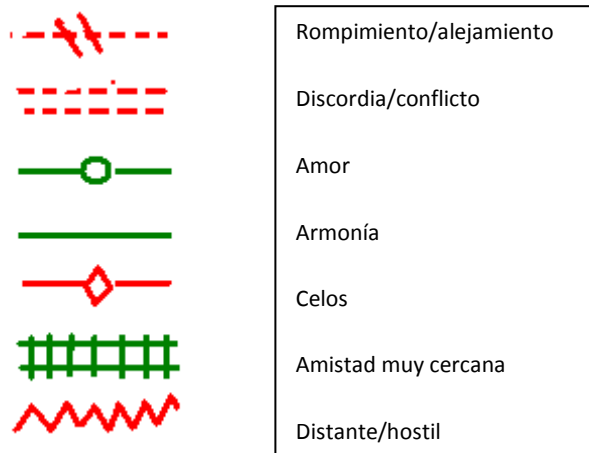
Nombre: DAISY Sexo: F Estado Civil: Unión libre

Lugar de nacimiento: Bucaramanga, 21/08/1975 Edad: 34

Ocupación Oficinas del Hogar Nivel de Estudios octavo

2. GENOGRAMA





3. MOTIVO DE CONSULTA

“Vengo porque me denunciaron porque disque en mi casa se vende droga y exploto a mis hijos y que los trato mal”

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Irritabilidad constante en el hogar
- ✓ Conductas agresivas hacia sus hijos
- ✓ Exigencias de perfeccionismo hacia sus hijos.
- ✓ Sentimientos de venganza hacia los que le han hecho daño

El maltrato hacia sus hijos comienza por las constantes quejas de un vecino, porque los niños juegan en la calle y la paciente no permite que sus hijos jueguen dentro de la casa, porque se la ensucian, los niños desobedecen la norma, no realizan las tareas escolares, cumplen con los oficios de manera lenta de acuerdo a su edad, generando irritabilidad en la paciente que lo manifiesta con gritos escandalosos, insultos, amenazas y golpes hacia sus hijos.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

La paciente creció con sus padres, hace parte de una familia numerosa de 8 hijos, siendo ella la hija menor, no contó con una familia estable de crianza, donde el progenitor tenía problemas de alcohol, no le gustaba ir a trabajar, no se preocupaba por sus hijos, refiere que “dormían en cartones porque solo había una cama que era para los padres, a la madre la agredía sexualmente frente a sus hijos”, quienes además fueron víctimas de maltrato y abandono por parte del padre, situación que llevó al ICBF brindarles protección ubicándolos en Hogar Sustituto por un tiempo y luego fueron ubicados con la familia extensa. Desde muy niña tuvo que trabajar y defenderse sola porque siempre obtuvo maltrato de las personas donde vivió, teniendo que vivir en la calle y trabajar en casas de familia como empleada de servicio doméstico en Venezuela. Por último contó con la suerte de encontrarse con una familia que la protegió y la ha ayudado hasta ahora, los considera como su familia.

6. CICLO DE VIDA

Durante su infancia, la paciente no contó con un lugar fijo de crianza, recibió maltrato físico, verbal y emocional por parte del papá y tíos donde la dejaban temporalmente, en el que un primo desde los 6 años la abusaba sexualmente, a los 8 años fue puesta a disposición del ICBF por un tiempo, a los 9 años fue a vivir donde una tía, quien no recibía buen trato y tenía que cumplir con los oficios de la casa al mismo tiempo que estudiaba, exigiéndole en el estudio y en los oficios. Volvió a vivir con los padres a los 10 años, continuando con el maltrato.

A los 14 años la paciente abandonó su casa por dificultades de relación con su padre, se fue para Venezuela donde una hermana mayor, quien al parecer la discriminaba y de la cual no

recibió buen trato, teniendo que dormir en la calle, luego recibió ayuda de una familia que le brindó vivienda, estudio y aún recibe apoyo afectivo por parte de ellos.

La paciente estableció convivencia con el padre de su hija mayor a los 20 años y el tenía 43 años, con quien convivió por 5 años, estando la niña de un año, se separaron por el constante conflicto en que vivían, luego se fue a vivir con su actual compañero y padre de sus dos hijos menores, quien tiene 20 años más que la paciente, con quien lleva 8 años de convivencia, presentándose conflictos de pareja porque la paciente le exige a su esposo a igual que a sus hijos, la paciente en ocasiones sale a bailar con amigos, presentándose conflictos de pareja.

7. CONTEXTO

La paciente convive con su esposo y sus 3 hijos, en casa propia de 2 pisos, en segundo piso viven la madre y dos hermanos de la paciente, con quienes mantiene buena relación y apoyo. Con los vecinos mantiene en constante discusiones, porque ella siente que ofenden a sus hijos, “no les permiten pasar por el andén y les han proferido amenazas contra la familia”, razón por la cual existe una demanda en la fiscalía por.

La paciente mantiene en constante discusión con sus hijos, porque no obedecen, refiere que “le molesta que hagan las cosas despacio, le fastidia que pasen cuando está trapeando la casa, sintiendo deseos de pegarles”. Su hija mayor igualmente se muestra desafiante y rebelde con la madre, la amenaza con irse de la casa para donde vive el padre, situación que ha generado frecuentes episodios de maltrato.

La paciente se dedica a las labores del hogar, su esposo trabaja como mecánico de lunes a sábado siendo el único proveedor de la familia, tiene problemas con el alcohol, razón por la cual discuten cuando llega a la casa. El padre de su hija mayor no responde por cuota alimentaria, teniendo el padrastro que asumir los gastos, quien siempre limita los gastos de la casa evitando salir con la familia, justificando que el dinero que gana no le alcanza para todo.

En cuanto a la salud, refiere que mantiene con dolor en el cuerpo, en el cuello, la espalda, por reporte médico tiene los triglicéridos y colesterol altos, además sufre de hipoglicemia, es importante señalar que ha sido internada en San Camilo por fuerte depresión post parto cuando tuvo su hijo menor y no ha vuelto a controles.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente a quien se le aplicó el cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos tempranos, encontrándose que se hallan altos los indicadores de: Abandono, Insuficiente Autocontrol/autodisciplina, Desconfianza / Abuso, deprivación emocional, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), Inhibición emocional y entrapamiento. En el cual muestra a la paciente, con desconfianza y temor de abandono sobre todo de su hija mayor y de su esposo, que podría relacionarse con el abandono que vivió desde su infancia por los padres y familiares, presenta dificultad para controlar sus emociones, se formó en un ambiente sintiéndose poco querida por la familia, con desconfianza que refleja en su familia y vecinos con la creencia que la ofenden y le quieren hacer daño a ella y sus hijos.

La ausencia de calidez, atención, afecto y compañía han llevado a la paciente a desconfiar de todas las personas con quienes se relaciona, siente que no se le satisfacen adecuadamente sus necesidades, manifestando resentimientos con las personas que dice haberles hecho daño y con ideas frecuentes de venganza, de igual manera mantiene reglas rígidas y altos niveles de exigencias que los pone en manifiesto con el maltrato a sus hijos.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

-Eje I: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica: Los problemas de relación, Problema de relación no especificado, atención clínica se centra en los problemas de relación

-Eje II: Ninguno

-Eje III: Triglicéridos y colesterol altos e hipoglicemia.

-Eje IV: Problemas económicos: Economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.

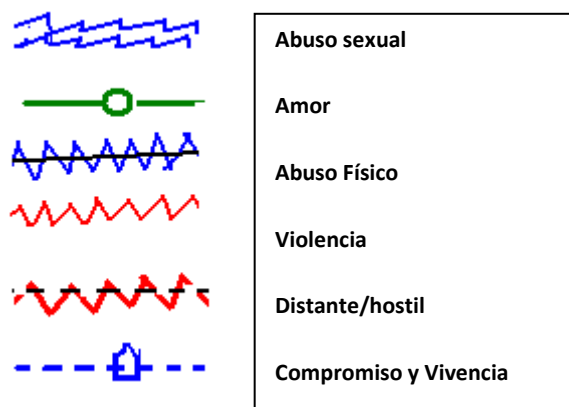
-Eje V: EEAG 65 al ingreso.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Orientar en pautas propicias en la relación con sus hijos y familia.
- ✓ Modificar los esquemas maladaptativos presentes en la paciente
- ✓ Desarrollar habilidades en el manejo de sentimientos de venganza hacia los que le han hecho daño
- ✓ Incrementar habilidades en el manejo y control de impulsos
- ✓ Orientar en pautas propicias en la relación con sus hijos y familia.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

- ✓ Continuum cognitivo para la modificación de creencias de exigencias



3. MOTIVO DE CONSULTA

“Mi esposo me denunció porque tenemos problemas como pareja, porque corrijo a mis hijos y les he pegado”

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Relación conflictiva con su esposo.
- ✓ Amenazas verbales y físicas hacia sus hijos
- ✓ Sentimientos de ira y angustia frente a las dificultades.
- ✓ Exigencia hacia sus hijos no acordes a su edad.

Los tratos de violencia con sus hijos inician con situaciones donde la paciente se siente desautorizada por su esposo, sus hijos obedecen al padre pero no a la madre, la madre responde ante estas situaciones con fuertes regaños, insultos utilizando vocabulario vulgar. La paciente fue educada por los abuelos maternos siendo víctima de maltrato verbal, sexual, físico, por parte de

ellos. Refiere que llevaba una vida agradable con la madre llevaba una vida agradable, a pesar de las condiciones económicas precarias, con un trabajo ilegal y en la calle, donde se veía y se escuchaba maltrato entre las personas y vocabulario soez. Los abuelos le exigían pulcritud, buenos modales pero la paciente vivía contrariada con las normas de ellos, de igual manera ocurría en el colegio donde presentaba problemas de comportamiento con los profesores y compañeras de clase.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

En su infancia la paciente residió en Bogotá, con la madre en un inquilinato, quien trabajaba como expendedora de droga, siempre la tenía a su lado, la trató bien, le brindaba amor, no se relacionaba con sus dos hermanos mayores, porque la madre no los tenía viviendo con ella, sino con los padres de ellos, cuando la paciente tenía 6 años de edad, mataron a la madre encontrándose en estado de embarazo, del padre solo sabe que lo mataron antes que a la madre.

Al quedar huérfana la paciente, vivió con los abuelos maternos, con sus hermanos nunca hubo convivencia, la relación ha sido distante y poco afectuosa, se hablan esporádicamente, no se visitan; la paciente siente que su única familia es su esposo e hijos. Siempre ha extrañado a la madre porque ella le brindó cariño y la trataba bien, pero los abuelos que la criaron la trataban con golpes, gritos, insultos, le toco desde muy niña hacer oficios pesados como lavar su ropa, aseo de la casa en el que le exigían hacer muy bien los oficios.

En las actividades escolares le fue regular, tenía problemas en el colegio con todos los compañeros, le pegaba a las compañeras, las gritaba; con los profesores era irrespetuosa y desobediente, cuando le llamaban la atención los desafiaba sin obedecer las órdenes,

constantemente le daban quejas a los abuelos donde la regañaban y le pegaban. Con los abuelos le cubrían las necesidades de alimento, educación, vestuario, salud porque estaban bien económicamente, pero con ellos se sentía como una extraña en la casa.

6. CICLO DE VIDA

La paciente fue producto de una relación de aventura pasajera de los padres, donde el papá la abandonó desde que la madre estaba en estado de embarazo y no fue reconocida por él quien era primo hermano de la madre, tuvo dos hermanos hombres de diferente padre, que no fueron criados por la madre porque ella no quería a los varones.

Cuando tenía 6 años de edad, quedó huérfana de madre, quien murió asesinada y desde entonces quedó bajo protección de los abuelos maternos y desde que llegó a vivir con ellos, continuamente el abuelo la abusaba sexualmente, cuando tenía como a los 9 años de edad le contó a la abuela, siendo castigada severamente por ella, posteriormente la abuela constató el abuso y empezó a protegerla. La paciente refiere que ella siendo mayor de edad se enteró de la historia de la vida de la madre por medio de una revista.

Tuvo tres novios, con el primero terminó porque no quiso tener relaciones sexuales con él, con el segundo novio, se llevaban bien pero por la presión de la abuela terminaron y finalmente a los 21 años se fue a vivir en unión libre con su actual compañero, llevan 12 años de convivencia, con dos hijos, la paciente afirma que su compañero le cambió la vida porque él siempre le ha manifestado amor, afecto que la hace sentir importante, pero se presentan discusiones fuertes dada la crianza de sus hijos.

Al comienzo de la relación, la pareja se fue a vivir a la casa de los suegros, una noche estando dormida el cuñado trató de abusarla, aprovechando que el esposo no encontraba. Actualmente el abuelo aún le propone su deseo de tener relaciones sexuales con ella, pero ella solo siente temor, fastidio y asco por el abuelo y no le gusta ir a la casa de ellos. Siempre ha soñado ser profesional, hizo dos semestres de derecho, pero se retiró por el embarazo de la niña, pero entre sus planes está continuar la carrera.

7. CONTEXTO

La paciente, actualmente vive con su esposo y los dos hijos, hay manifestaciones de amor, cariño, responsabilidades como padres, pagan arriendo, los gastos son suministrados por el padre de sus hijos, quien trabaja como vigilante y gana muy poco, presentándose en el hogar dificultades económicas. A la paciente le molesta tener recursos económicos insuficientes para darse los gustos como estaba acostumbrada, además los abuelos le critican todo lo que tiene desde la forma de vestir hasta el enseres de la casa, haciéndola sentir mal.

Con su esposo se presentan reiteradas discusiones, porque la paciente es muy exigente con sus hijos en todo como en el estudio, orden y aseo de la casa, puntualidad, por el incumpliendo de horarios en la llegada a la casa, además siente que su esposo le lleva la contraria cuando corrige a sus hijos y en los oficios que le asigna, donde termina él haciendo los oficios que le mandó a los niños, esta situación la ha llevado a gritar y proferir insultos hacia sus hijos, con palabras vulgares, maldicientes y amenazas de irse de la casa y dejarlos solos.

En cuanto a salud se encuentra muy regular, de su último embarazo le quedo una urolitiasis con cálculos urinarios, sufre de migraña fuerte casi diariamente, periodos menstruales demasiado fuertes y prolongados, por lo cual se automedica con analgésicos para calmar el dolor.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

En los resultados del cuestionario de Young YSQ-L2, que evalúa los Esquemas Maladaptativos Tempranos, que se le aplicó a la paciente, se encontró que se encuentran altos los indicadores de: Abandono, Insuficiente Autocontrol/autodisciplina, Desconfianza / Abuso, Deprivación emocional, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), Inhibición emocional y Entrampamiento. Se refleja en la paciente, siendo una persona con frecuentes pensamientos de abandono, lo cual puede relacionarse por las continuas situaciones de abandono en las que se vio sometida en la infancia por parte de los padres y el abandono en que se encontraba viviendo con los abuelos maternos.

La paciente se ha sentido con ausencia afectiva, con sentimientos de la cual no fue recibida en su niñez, en el cual se presentaba deprivación de cuidados, de empatía y de protección por parte de los abuelos que la criaron, de quienes solo recibía maltrato, insultos, abuso sexual, exigencias en todas las actividades que realizaba, con supervisión estricta de sus tareas; de igual manera la paciente recurre a grandes exigencias dirigidas hacia sus hijos con conductas maltratantes.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

-Eje I: Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Problemas conyugales.

Trastorno del control de los impulsos no especificado.

-Eje II: Ninguno.

-Eje III: Migraña.

-Eje IV: Economía insuficiente, deterioro significativo de la actividad social y familiar.

-Eje V: EEAG 65 Al ingreso.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Mejorar la relación con su esposo bajando los niveles de autoritarismo.
- ✓ Transformar los esquemas maladaptativos tempranos existentes en la paciente.
- ✓ Buscar alternativas prácticas para corregir a sus hijos sin recurrir a la agresión.
- ✓ Brindar orientación referente a la forma de corregir y educar a su hijo
- ✓ Disminuir los niveles de angustia e ira frente a las dificultades.

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

- ✓ Entrenamiento en comunicación asertiva para mejorar la comunicación con su esposo.
- ✓ Entrenamiento en Reestructuración cognitiva para transformar los esquemas maladaptativos tempranos existentes en la paciente.
- ✓ Ensayo, modelado y rol playing, con alternativas correctivas hacia sus hijos, sin tener que recurrir a la agresión.
- ✓ Psicoeducación con información de pautas de crianza en lo relacionado con la forma de educar y corregir a los hijos.
- ✓ Distracción de pensamientos para el manejo de la angustia e ira frente a las dificultades.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- ✓ Irritabilidad ante el desorden que hacen sus hijos.
- ✓ Disgustos frecuentes con su esposo e hijos.
- ✓ Dificultad para establecer relaciones sociales.
- ✓ Recurrentes ideas de suicidio y autoagresión.
- ✓ Diagnosticada con Trastorno bipolar.

El conflicto con sus hijos se da, según refiere por el frecuente de desorden que los niños hacen en la casa y el incumplimiento de normas de la casa, refiere que no tolera a su esposo quien le prohíbe todo, hace un año que un hermano del esposo vive en la casa y le molesta todo de él, lo atiende pero no le habla, y le disgusta que esté en la casa. De niña siempre fue maltratada por parte de los padres quienes siempre mantenían fuertes discusiones, la madre presentaba problemas mentales, no contó con residencia fija donde vivir, fue víctima de abuso sexual y maltrato por otros cuidadores.

5. DESCRIPCIÓN DE LA HISTORIA DE VIDA

La paciente no tenía lugar establecido de residencia los vecinos la cuidaban y la protegían porque la madre era enferma mental quien atacaba a sus hijos en momentos de crisis teniendo que huir del peligro y protegidos por la vecindad, el padre tenía problemas con el alcohol y también maltrataba a sus hijos, dada la situación un primo de la madre se ofreció llevar a la paciente con él unos meses, para brindarle estudio y protección y que le ayudara a cuidar sus hijos; en esta casa fue víctima de abuso sexual por el primo y maltrato físico, verbal y emocional

por el primo y su pareja, quienes mantenían en constantes discusiones. El día que la paciente le contó a la esposa del primo sobre el abuso, con el fin que no la volviera a mandar a llevar el almuerzo al primo, su actitud fue de maltratarla física y verbalmente y le tocó seguir cumpliendo con este oficio, el primo luego que su esposa le hizo el reclamo, abuso de la paciente otros 3 hombres que llevó con él, llegó a la casa muy mal, sin recibir ayuda en salud a pesar que estuvo muy enferma por la gravedad del abuso. Desde entonces se negó llevarle el almuerzo a pesar que la obligaba, la esposa del primo se fue de la casa dejando a su esposo, quedando la paciente en la casa, el primo al llegar del trabajo encontró a un señor que siempre defendía a la paciente y su actitud fue atacarlo cruelmente lo mató delante de ella. El padre de la paciente llegó a visitarla y ante la situación se la llevó de nuevo para San Andrés, a continuar con el acostumbrado maltrato de sus padres, donde aún tenía 7 años de edad.

6. CICLO DE VIDA

La paciente no contó con un lugar estable de crianza, ya que estuvo viviendo en diferentes sitios con los padres, vecinos, familiares, según le brindaran apoyo a la familia, en la cual siempre se vio sometida al maltrato por parte de sus cuidadores, a los 7 años de edad fue a vivir a una finca por unos meses donde un primo de la familia, en el cual fue víctima de diferentes clases de maltrato como agresión física, abuso sexual, humillaciones, tener que trabajar cuidando a sus primos, realizar oficios de la casa y mandados, también evidenció un crimen por parte del primo de la mamá, ese mismo año volvió a vivir con los padres y continuar con la situación maltratante que venía siendo expuesta.

No tuvo la oportunidad de estudiar por estar en diferentes padres, a los 10 años una profesora se la llevó a su casa a trabajar como empleada doméstica con el pretexto de ayudarla, desde entonces continuó trabajando en diferentes partes, cuando cumplió los 15 años quedó embarazada en el trabajo una vez supieron la echaron, la paciente volvió a su tierra a vivir con sus padres pero una vez se enteró el padre la echó de la casa, teniendo que irse a vivir con su novio, quien le ocasionaba maltrato físico y verbal desde que estaba embarazada, cuando tenía la niña 6 meses de nacida se separó de él y se fue a vivir con su niña donde trabajaba, allí no pudo seguir trabajando por los constantes escándalos que le ocasionaba el padre de la niña quien nunca ha respondido económicamente por su hija. La paciente tuvo que irse a trabajar a Cúcuta dejando a su hija con los padres, dado el descuido en que vivía su hija, el ICBF le dio protección a la niña por posible abuso sexual, donde la paciente tuvo que retirarse del trabajo de de Cúcuta y se estableció en Bucaramanga con otro trabajo, el ICBF le exigía para entregarle la niña estabilidad económica y de vivienda para la niña donde le brindara lo mejor, por tal motivo se fue a vivir con el primer hombre que conoció siendo mayor 40 años de la paciente, teniendo que someterse a infidelidad donde mantenía convivencia con ella y su esposa, recibía maltrato verbal y físico, la niña se la entregaron a los dos años siguiente.

7. CONTEXTO

La paciente vive con su actual compañero, sus dos hijos y el cuñado, refiere mantener conflictos de pareja desde el inicio de la convivencia, manifiesta no sentir afecto por su compañero, y estar con él porque no tiene a donde ir, siente que está con su esposo íntimamente solo por complacerlo a él pero dice sentirse muy mal y sucia en estos momentos, su sexualidad es compartida como un deber para evitar problemas fuertes con su compañero.

La paciente se dedica a los oficios del hogar, donde siempre está muy pendiente del aseo de la casa, repitiendo estos oficios varias veces en el día exigiendo a sus hijos total pulcritud en la casa y personalmente, teniendo discusiones fuertes con sus hijos por el incumplimiento de esta tarea, a sus hijos porque juegan en la casa y le hacen ruido, se altera, grita a sus hijos, les dice palabras insultantes y los ha maltratado físicamente. En los momentos de crisis se encierra se maltrata físicamente, se ha cortado el brazo pero no alcanzó cortarse las venas y otras veces ha tomado sobre dosis de medicamentos con el fin de suicidarse, es importante señalar que ha tenido 4 intentos de suicidio, refiere contar con tratamiento psiquiátrico por la EPS, pero no ha tenido atención psicológica.

La paciente no cuenta con grupo de amistades, no acude a ninguna parte porque la alimentación y necesidades del hogar son provistos por el esposo quien además no le permite salir a ninguna parte, ni siquiera se habla con los vecinos, solo sale al colegio de los niños, siente desconfianza de todas las personas y tiene la concepción que todos los hombres le pueden hacer daño y la utilizan.

En lo relacionado con la salud refiere problemas de gastritis crónica, migraña frecuente, cansancio, mareos, vómito, para lo cual está medicada.

8. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Paciente con diagnóstico previo de trastorno bipolar, presenta dificultad para el establecimiento de relaciones sociales y afectivas, se identifican ideas de muerte y pensamientos de suicidio que se asocian a la dificultad en el manejo de las emociones, aspecto que influye

negativamente en la relación con sus hijos, generando conductas de agresión física y verbal contra ellos.

En la evaluación realizada sobre los Esquemas Maladaptativos Tempranos (cuestionario de Young YSQ-L2) se obtuvieron resultados significativos en los indicadores de: Abandono, Insuficiente autocontrol/autodisciplina, Desconfianza / Abuso, Deprivación emocional, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Autosacrificio, Estándares inflexibles 1 (consecuencias personales y sociales), Estándares inflexibles 2 (perfeccionismo y autoexigencia), Derecho/Grandiosidad, Entrampamiento. Aspectos que se asocian con su historia de vida.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

- Eje I: Trastorno bipolar
- Eje II: Trastorno de la personalidad por dependencia
- Eje III: Gastritis crónica, migraña
- Eje IV: Conflictos familiares de pareja
- Eje V: EEAG 60 al ingreso.

9. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- ✓ Adiestramiento en el manejo de estrés.
- ✓ Entrenar a la paciente en el autocontrol emocional
- ✓ Transformar los Esquemas Maladaptativos Tempranos que presenta la paciente.
- ✓ Entrenar a la paciente en el autocontrol emocional
- ✓ Ofrecer psicoeducación en pautas de crianza

10. PLAN DE INTERVENCIÓN

- ✓ Examinar las ventajas y desventajas de las creencias
- ✓ Distracción del pensamiento para el manejo de la tristeza
- ✓ Reestructuración cognitiva para cambiar los esquemas maladaptativos presentes en la paciente.
- ✓ Relajación a través de terapia de Jacobson y técnica de la respiración.
- ✓ Psicoeducación en orientación y formación de pautas de crianza

Anexo 7. Trabajo en la Intervención Grupal de Auto control Emocional

