

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA**  
Facultad de Ciencias Psicológicas  
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Violencia Intrafamiliar**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Lesli Timotea Polanco López

Guatemala, abril 2013

## **Violencia Intrafamiliar**

(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Lesli Timotea Polanco López (**Estudiante**)

Licenciada M. A. Rebeca Ramírez de Chajón (**Asesora**)

Guatemala, abril 2013

## **AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA**

Rector

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Vicerrectora Académica y  
Secretaria General

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrector Administrativo

M. A. César Augusto Custodio Cobar

## **AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

Decana

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

# UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

*Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría*

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

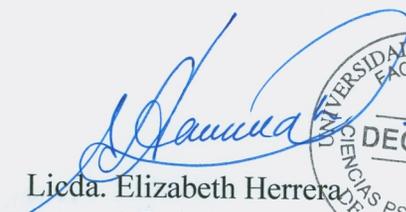
ASUNTO: *Lesli Timotea Polanco López*

Estudiante de la **Licenciatura en Psicología y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

DICTAMEN: 27 de febrero 2,013

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** esta enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante *Lesli Timotea Polanco López*, recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.

  
Licda. Elizabeth Herrera  
Decana



UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Violencia Intrafamiliar”**. Presentado por el (la) estudiante: **Lesli Timotea Polanco López**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Licda. Rebeca Ramirez de Chajon**  
**Asesora**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,  
Guatemala veintisiete de febrero del dos mil trece.-----

En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: **“Violencia Intrafamiliar”**. Presentado por el (la) estudiante: **Lesli Timotea Polanco López**, previo a optar al grado Académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.



**Lic. Mario Salazar**  
Revisor



# UNIVERSIDAD PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala a los  
veintisiete días del mes de febrero del dos mil trece.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "**Violencia Intrafamiliar**", presentado por: **Lesli Timotea Polanco López** previo a optar grado académico de Licenciatura en Psicología y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*

  
**Licda. Elizabeth Herrera**  
**Decana**  
**Facultad de Ciencias Psicológicas**



**Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del  
contenido del presente trabajo**

## Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Información General del Centro de Práctica	1
1.2 Visión	1
1.3 Misión	1
1.4 Población que se atiende	2
1.5 Planteamiento del Problema	2
1.6 Pregunta objeto de estudio	3
1.7 Objetivos	3
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.1. Datos históricos de la violencia intrafamiliar en general	5
2.2 ¿Qué es violencia intrafamiliar?	6
2.2.1 Tipos de violencia intrafamiliar	6
2.2.2 Violencia física	6
2.2.3 Violencia sexual	6
2.2.4 Violencia psicológica	6
2.2.5 Abuso emocional abierto	7
2.2.6 Abuso emocional encubierto	7
2.3 Causas más frecuentes de la violencia intrafamiliar en Guatemala	8
2.3.1. Factores de riesgo	8
2.3.2 Perfil de la víctima y maltratador	9
2.4. Consecuencias psicológicas por la violencia intrafamiliar en las familias Guatemaltecas	11
2.4.1 Consecuencias emocionales	11
2.4.2 Baja autoestima	14
2.4.3 Distorsiones cognitivas	14
2.4.4 Déficit en resolución de problemas	15
2.4.5 Inadaptación a la vida cotidiana	16
2.4.6 Dependencia de sustancias	16
2.4.7 La dependencia emocional por parte de la víctima hacia el maltratador	17

Capítulo 3	
Referente Metodológico	
3.1. Instrumentos de diagnóstico utilizados	19
3.1.1 Pruebas Proyectivas Menores	19
3.1.2 Escalas para medir Ansiedad y Depresión	20
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	
4.1 Presentación de Informes Psicológicos Atendidos	21
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
Referencias	38
Anexos	40

## Resumen

La licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social dentro de su pensum incluye la cátedra Práctica Profesional IV, la cual exige la realización de práctica profesional específicamente en el área clínica de psicología, de la cual a continuación se presenta una sistematización con el tema específico, violencia intrafamiliar. En el capítulo uno encontrará una descripción del lugar de práctica, la población que fue atendida, visión y misión de la institución, planteamiento del problema así como los objetivos general y específico. En el capítulo dos, se incluye información importante desde qué significa violencia intrafamiliar, como violencia física, psicológica, perfiles del maltratador y la víctima, consecuencias psicológicas y emocionales de la violencia intrafamiliar. En el capítulo tres se incluye información sobre instrumentos de diagnóstico utilizados para el tratamiento de los pacientes atendidos. En el capítulo cuatro se detalla información de casos de pacientes atendidos en clínica, así como las conclusiones y recomendaciones tanto a la Universidad Panamericana como al Instituto de la Defensa Pública Penal, centro de práctica. en los anexos se encontrará una carta de una mujer maltratada, fotografías del centro de práctica, programa de estudios del curso, así como programa de talleres familiares realizados.

## Introducción

La violencia intrafamiliar no es un tema novedoso entre los seres humanos pues se ha comprobado que en diferentes épocas de la historia ya existía violencia en las familias, específicamente intrafamiliar y de género hombre-mujer, en esta coyuntura se puede mencionar casos como en la Prehistoria donde se han encontrado ruinas en los materiales de las tumbas que muestran una diferenciación en el papel de los hombres y mujeres o la Edad Media en la que la mujer es considerada como un objeto de mercancía, el matrimonio supone un intercambio de productos entre familias.

En el proceso de práctica supervisada se presentaron personas con este problema familiar, lo que motivó a realizar esta investigación sobre la temática y sus efectos en la salud mental a nivel general, la cual puede provocar depresión, ansiedad, tristeza, fobias, trastornos de pánico, cambios del estado de ánimo, trastornos de: estrés postraumático, psicósomáticos y de conducta alimentaria y del sueño, no dejando de lado las conductas autodestructivas, así como el abuso de alcohol y drogas.

Se incluye en este documento temas como: una descripción sobre los rasgos de un maltratador y su víctima, así como información descriptiva de los casos atendidos y los tratamientos utilizados para tratar a dichos pacientes con este problema.

# **Capítulo 1**

## **Marco de Referencia**

### **1.1 Información General del Centro de Práctica**

Lugar de realización de práctica: Instituto de la Defensa Pública Penal

Dirección: Unidad de Asistencia Legal Gratuita a la Víctima y sus Familiares 11 calle 9-38 zona 1

### **1.2 Visión**

Ser una entidad de alta calidad técnico-legal con presencia, protagonismo y liderazgo en el sistema de justicia y en el medio social, con una estructura organizacional funcional eficaz y eficiente que permita tener la capacidad de atender a todas aquellas personas que requieran del servicio de asistencia jurídica, priorizando a las de escasos recursos.

Asimismo, desea contar para ello con defensores (as) públicos (as) de alto nivel profesional, convertidos en agentes de cambio y transformación hacia una justicia integral, que respete la plena vigencia de los principios constitucionales y procesales del derecho de defensa.

### **1.3 Misión**

Somos una entidad pública autónoma y gratuita que ejerce una función técnica de carácter social, con el propósito de garantizar el derecho de defensa asegurando la plena aplicación de las garantías del debido proceso, a través de una intervención oportuna en todas sus etapas.

El Instituto de la Defensa Pública Penal, desarrolla sus atribuciones con fundamento en el derecho de defensa que garantiza la Constitución Política de la República de Guatemala, los tratados y convenios Internacionales ratificados por Guatemala en materia de Derechos Humanos, la Ley Contra el Femicidio y otras formas de violencia Contra la Mujer, así como en su Ley de creación, reglamentos, en cumplimiento de los Acuerdos de Paz.

## 1.4 Población que se atiende

El perfil de la población atendida es el siguiente:

1. Personas adultas sujetas a procesos penales.
2. Niñez y adolescentes en conflicto con la Ley Penal.
3. Población indígena (Defensorías Étnicas).
4. Atención de casos con enfoque de género.
5. Asistencia jurídica gratuita a víctimas de violencia y sus familiares.

## 1.5 Planteamiento del problema

Durante el proceso de práctica profesional realizada en el Instituto de la Defensa Pública Penal, se observó un alto porcentaje de los pacientes atendidos víctimas de violencia intrafamiliar, en su mayoría derivado de infidelidad por parte de alguno de los convivientes, lo cual provoca malas relaciones entre padres e hijos, provocando problemas como baja autoestima, dificultad para socializar, agresividad, inadaptación escolar o familiar, comportamientos desafiantes ante normas o reglas impuestas en diferentes medios en los que se mueven, de esta manera los padres se encargan de sus propios problemas conyugales ignorando por completo su relación con sus hijos.

En este problema social se hace manifiesto que en el orden cultural de nuestro país se inculcan comportamientos abrasivos hacia la figura femenina, por lo que al no poder controlar la ira y no poseer las herramientas para resolver conflictos los cónyuges recurren al maltrato físico y psicológico, así como a la infidelidad.

La prevalencia de estas conductas en nuestra sociedad, traen consigo una serie de problemas sociales y familiares, desestabilizando así la base de la sociedad que es la familia, en los últimos años se han registrado miles de casos de violencia intrafamiliar con mayor incidencia entre las edades de 20 a 39 años.

Este tipo de violencia muchas veces no se registra porque la víctima, generalmente la mujer, tiene miedo a denunciarlo. Así pues, el aumento de casos registrados, si bien en parte puede ser por más violencia intrafamiliar, también puede verse afectado por una

mayor denuncia. Esto sería algo positivo porque es la forma de empezar a atacar el problema que afronta parte de la sociedad guatemalteca.

Sin embargo, de continuar así podríamos diagnosticar que nuestra sociedad puede ser bombardeada como ya lo está siendo por pérdida terminal de valores, falta de credibilidad al matrimonio, hogares desintegrados y todas las implicaciones emocionales que la ausencia de un padre provoca en la vida de un niño.

Para acabar con la violencia intrafamiliar en Guatemala, será necesario implementar planes de psicoeducación desde temprana edad, propiciando que tanto padres como hijos puedan informarse sobre los límites sobre conductas agresivas, aclarando la igualdad de género e informar sobre lugares en los cuales se puede denunciar este delito así como centros de apoyo psicológico como el Instituto de la Defensa Pública Penal, en donde se ofrece apoyo legal y psicológico.

Entre la población Guatemalteca se observa en un alto porcentaje entre ellos los pacientes atendidos víctimas de violencia intrafamiliar, en su mayoría derivado de infidelidad por parte de alguno de los convivientes, lo cual provoca malas relaciones entre padres e hijos, provocando problemas como: baja autoestima, dificultad para socializar, agresividad, inadaptación escolar o familiar, comportamientos desafiantes ante normas o reglas sociales y/o familiares, al encontrarse en problemas padres se encargan de sus propios conflictos conyugales ignorando por completo su relación con sus hijos.

## 1.6 Pregunta objeto de estudio

¿Cuáles son las causas documentadas de Violencia Intrafamiliar en Guatemala y sus efectos en la salud mental?

## 1.7 Objetivos

### 1.7.1 Objetivo General:

Determinar las causas de la reincidencia de la Violencia Intrafamiliar en Guatemala y sus efectos en la salud mental.

### 1.7.2 Objetivos Específicos

1. Enlistar causas más frecuentes de la Violencia Intrafamiliar en la Sociedad Guatemalteca.
2. Describir los efectos de la Violencia Intrafamiliar en la salud mental de las familias Guatemaltecas.

## Capítulo 2

### Referente Teórico

#### Introducción

El término violencia nos refiere a la acción violenta o contra el modo natural de proceder o actuar, por naturaleza el ser humano no es violento, sino que la violencia es resultado de una conducta inadaptada que se fomenta a través de los años conviviendo en familias que presentan determinantes factores de riesgo.

#### 2.1. Datos históricos de la violencia intrafamiliar en general

La violencia intrafamiliar ha estado presente desde el inicio de la sociedad patriarcal por lo que probablemente está sea la primera forma de agresión utilizada por el ser humano. En Grecia: los griegos sustituyeron a sus diosas únicas por varios dioses y las transformaron dotándolas de cualidades que las hacían aptas para la sumisión. Incluso la mitología muestra como la violación de una diosa es una estrategia para que un dios entre en el Olimpo. En la Edad Media la mujer es considerada como un objeto de mercancía, el matrimonio supone un intercambio de productos entre familias y el marido pasa a ser el amo y señor de la mujer durante la Edad Moderna, se encontró nuevas justificaciones a esta situación de la mujer. Un ejemplo, si una mujer era violada y quedaba embarazada, demostraba el consentimiento de la misma, de este modo era condenado por la violación que había sufrido. En el Siglo XIX, el papel de la mujer seguía pensado para la familia, situación de sumisión hacia el hombre, la consideración de ésta fuera de la familia era aún peor: solitaria, jurídica y civilmente incapaz para realizar cualquier actividad pública, y socialmente marginada. En la situación actual, vemos que la sociedad ha cambiado más en la forma que en el fondo, no espontáneamente sino obligada por los importantes movimientos sociales que defienden los derechos de la mujer y la igualdad. Cabe destacar entre estos movimientos al feminismo.

## 2.2 ¿Qué es violencia intrafamiliar?

Implica aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conductas de una de las partes que, por acción u omisión, ocasionan daño físico o psicológico a otro miembro de la relación y que nunca o casi nunca son espontáneas o accidentales, existen tres tipos de violencia que se dan en las familias.

### 2.2.1 Tipos de violencia intrafamiliar

#### 2.2.2 Violencia física

Comprenden pellizcos, empujones, bofetadas, puñetazos, patadas y torceduras, intentos de asfixia y quemaduras pudiendo llegar hasta el homicidio. Las secuelas de esta violencia son graves tanto a nivel físico como mental.

#### 2.2.3 Violencia sexual

Consiste en la imposición por parte de la pareja a actos de orden sexual mediante el uso de la fuerza o en contra de la voluntad de la mujer. Se incluye la violación.

#### 2.2.4 Violencia psicológica

Incluye una serie de conductas verbales tales como: insultos, gritos, críticas permanentes, desvalorización y amenazas, así como conductas no verbales como: indiferencia, rechazo e intimidación física. Esta forma de abuso es inherente a cualquier tipo de violencia, ya sea física o sexual, pues lesiona en todos los casos la identidad y autoestima de quienes la padecen. Por su carácter silencioso en muchas ocasiones puede permanecer invisible ante la sociedad.

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2003, señala que las mujeres suelen ser lesionadas o asesinadas con más frecuencia por un hombre que conocen, en particular por un familiar o pareja íntima (actual o anterior), sin embargo la violencia puede ocurrir entre hombres y según estimaciones realizadas por la OMS en 2005 una de cada dos mujeres asesinadas fueron atacadas por sus novios, esposos y/o amantes.

### 2.2.5 Abuso emocional abierto

Consiste en representar conductas como: gritar, insultar, despreciar, rebajar, criticar, ridiculizar a la víctima ante otras personas, expresar asco hacia ella, arrojar objetos, dar golpes a paredes, portazos, romper objetos retirar el afecto e ignorar a la pareja o amenazarla con romper la relación (no hacerle caso mientras habla, irse de casa...). Impedir que vea a su familia y amigos, de forma que se aísla de otras personas. Celos y posesividad excesivos (controla con quien está, llamadas de teléfono frecuentes...). Restringir recursos, es decir, impedirle acceso a dinero, a llamar por teléfono, entre otros. Interferir en sus oportunidades de trabajo, en la educación, en cuidados médicos. Obligar a tomar parte en actividades delictivas. Amenazas de muerte o agresión física o sexual, amenazas contra sus hijos y abusos o agresiones contra éstos.

### 2.2.6 Abuso emocional encubierto

Es un patrón sutil mediante el cual el maltratador desprecia y rebaja las acciones, pensamientos y emociones de la víctima. Así cualquier pensamiento, sentimiento, preferencia o deseo que expresa la víctima es considerado inadecuado o negado de un modo indirecto.

Si este proceso de abuso se repite de forma continuada, llega un momento en que se empieza a dudar de la propia competencia, ideas, gustos, emociones y sentimientos. Si además la pareja le ha ido aislando poco a poco de los amigos y familia, no hay quien desmienta sus palabras, esto es conocido como “erosión o destrucción del sentido del yo o identidad personal”. Al dudar de las emociones, ideas, metas y valores y al empezar a pensar que pueden ser inadecuados y erróneos, la víctima comienza a dudar de si misma y su sentido de identidad empieza a estar poco claro. No se tiene claro quién es, qué siente, qué desea. Aparece una sensación de vacío interior, soledad y tristeza. Algunas víctimas de abuso emocional tienen la sensación de que están desapareciendo, como si se desvanecieran poco a poco y empezaran a dejar de existir. La depresión y una baja autoestima son frecuentes.

## 2.3 Causas más frecuentes de la violencia intrafamiliar en Guatemala

Se pueden mencionar las siguientes causas:

1. El alcoholismo: un sinnúmero de casos registran que, en un gran porcentaje de los casos en los que las mujeres son agredidas por sus compañeros conyugales, éstos se hallan bajo el efecto del alcohol o de cualquier droga.
2. Ignorancia y falta de conciencia respecto a creer que la mejor forma de cambiar la situación en la que se encuentra es a través de actos que incluyen violencia física: golpes, pleitos, peleas, trifulcas, entre otros, en vez de recurrir a manifestaciones pacíficas, a movimientos sociales pacíficos, a la conversación, al diálogo o a la búsqueda de acuerdos.
3. La falta de comprensión en las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intrafamiliar es la principal causa de la violencia. Un niño o niña que se desarrolle en un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, con grandes probabilidades, en el futuro próximo y en el lejano, una persona problemática y violenta.
4. Falta de comprensión hacia los niños y niñas sin estar conscientes de que ellos son seres inocentes, muchos adultos violentan o agreden o golpean o incluso abusan sexualmente de sus hijos.
5. La adicción a sustancias adictivas ilegales o drogas.

### 2.3.1. Factores de riesgo

Muchos factores pueden servir para identificar a hombres que pueden ser violentos en su relación de pareja, pero ningún factor puede identificar a todos los hombres violentos. En cuanto a factores de victimización no existe ningún factor o grupo de factores capaz de distinguir entre víctimas o no víctimas, se puede mencionar algunos factores encontrados como riesgosos.

## Mujeres

1. Antecedentes de violencia en la familia de origen
2. Sumisión y dependencia
3. Edad muy joven
4. Baja autoestima
5. Nivel socioeconómico o cultural bajo
6. Embarazo
7. Problemas de salud mental
8. Consumo excesivo de alcohol u otras drogas
9. En trámites de separación o divorcio

## Hombres

1. Abuso de alcohol o drogas
2. Problemas de salud mental
3. Antecedentes de violencia intrafamiliar en la familia de origen
4. Cultura de violencia

Es necesario señalar que aunque la cultura patriarcal presenta un ambiente idóneo para “naturalizar” la violencia, existe también una red de factores psicosociales involucrados en el problema, la literatura señala que si no se cuenta con información, recursos económicos y apoyo institucional y familiar, las mujeres permanecen en relaciones donde experimentan violencia. Aunado a esto existen factores relacionados con la dinámica de la violencia que les impiden observar el problema tal y como lo juzgan quienes están afuera de la relación (familia, psicólogo, abogado) dificultando la búsqueda de ayuda. En ese sentido el síndrome de “Estocolmo” permite comprender a nivel psicológico las diferencias entre las perspectivas entre la víctima y los testigos.

### 2.3.2 Perfil de la víctima y maltratador

El hecho de que este tipo de situaciones duren años y se perpetúen en el tiempo, nos da a entender que ambas partes funcionan de manera patológica, sino no se podría entender el aguante del maltratado durante años.

La víctima	El agresor
<p>Ausencia de cariño y afecto</p> <p>A menudo son mujeres con un historial muy pobre de cariño y afecto. Procedentes de familias en las que se han valorado otras cosas, están acostumbradas a ser poco valoradas por el entorno o a que no se les preste atención.</p>	<p>Muy dependiente</p> <p>El agresor también va a ser una persona muy dependiente a nivel emocional, lo que le diferencia de su víctima va a ser el carácter agresivo para mostrar esa dependencia.</p>
<p>Poco valoradas</p> <p>También aparece en ellas un concepto de sí mismas muy pobre, no desarrollando sus potenciales en otras áreas.</p>	<p>Confiado y altivo</p> <p>Aparecerá altivo, seguro de sí mismo, confiado con la pareja, seguro del no abandono; en contraposición con su pareja necesitará la humillación y la sumisión del otro para estar contento.</p>
<p>Falso concepto de la pareja</p> <p>Otro frente importante de problemas para la víctima está en su razonamiento sobre las relaciones interpersonales, lo que significa para ella y sobre todo a nivel de pareja. Ésta mujer va a tener muchos déficit o muchos pensamientos erróneos que también van a ayudar a que se mantenga pasiva ante el problema.</p>	<p>Sentimientos contradictorios</p> <p>A menudo tienen sentimientos diferentes hacia la pareja, la necesitan y la quieren pero sienten hostilidad hacia ella como forma de canalizar sus carencias de tiempos atrás (infancia, adolescencia).</p>
<p>Los demás importan más que uno mismo</p> <p>Debido a su necesidad de afecto y de valoración por parte de los demás, se dedican a dejar de lado sus necesidades y a cubrir las de su pareja, con el fin de no ser abandonadas y de ser queridas para siempre.</p>	<p>Celosos</p> <p>Suelen aparecer los celos patológicos sin fundamento, también acosan, humillan y controlan a la pareja en todo lo que hace como forma de camuflar su necesidad de dependencia y su baja autoestima.</p>
<p>Miedo a la soledad</p> <p>También aparece un miedo a la ruptura y a</p>	<p>Muchas carencias escondidas</p> <p>Todo está camuflado debajo de una coraza</p>

<p>la soledad cuando todo acaba, de tal manera que esto les ayuda a mantener la relación.</p>	<p>de fortaleza, pero realmente es una personalidad patológica con muchas carencias y muy poca valoración sobre sí mismo, a menudo son incapaces de mostrar sentimientos hacia el resto de las personas y este embotamiento emocional les ayuda a actuar, unido muchas veces a alcoholismo o drogadicciones.</p>
---	--

## 2.4. Consecuencias psicológicas por la violencia intrafamiliar en las familias Guatemaltecas

Todas las personas enfrentan sucesos estresantes en el transcurso de su vida, sin embargo, no todas presentan una respuesta desadaptativa. Sin embargo, hay otras reacciones más intensas y prolongadas dado que la violencia en las relaciones íntimas o en las relaciones padres/madres-hijos/as se configura como un estresor importante, pero que no necesariamente afecta a todas las personas por igual, es posible que se encuentre personas que no presentan una respuesta patológica y que de hecho, hayan sobrevivido de una manera bastante funcional, inclusive resiliente en sus vidas. Sin embargo es posible que ocurran también algunas otras reacciones esperables entre las que se puede mencionar el Trastorno Adaptativo (TA) y al Trastorno por Estrés Post traumático (TEPT).

### 2.4.1 Consecuencias emocionales

Las consecuencias físicas y psicológicas para las víctimas de violencia son múltiples a nivel de su salud integral trastornos tales como dolor de espalda o de pelvis, trastornos ginecológicos, embarazos con complicaciones, enfermedades de transmisión sexual (ETS), dolores de cabeza, trastornos del sistema nervioso central y afecciones cardíacas o circulatorias son comunes, así como: los “trastornos funcionales”, como por ejemplo: el síndrome de colón irritable, la fibromialgia, los trastornos del aparato digestivo y diversos

síndromes de dolor crónico la salud reproductiva de las mujeres también puede verse afectada por la violencia.

Las secuelas provocadas por el maltrato físico son evidentes, pero el impacto a nivel psicológico y el deterioro en la calidad de vida de estas mujeres es más difícil de identificar y evaluar. Para poder establecer el impacto de los efectos de la violencia contra la mujer sobre la salud individual y sobre la salud pública, se ha establecido un indicador basado en la pérdida de Años de Vida Saludables (AVISA). Este indicador permite calcular el número de años perdidos en relación a una esperanza de vida teórica, que determinaría el número de pérdida de AVISA que se producen como consecuencia de la violencia. Se ha considerado que los daños físicos suponen el 55% de los AVISA perdidos, mientras que los “no físicos”, referidos a los psicológicos y a la salud reproductora, suponen el 45%.

La OMS considera el maltrato como uno de los mayores asuntos de salud y de derechos humanos. En el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS (Krug et al., 2002) se resumen sus principales consecuencias psicológicas:

1. Depresión y ansiedad
  - Tristeza
  - Ansiedad o angustia
2. Fobias y trastorno de pánico
  - Insomnio
  - Cambios del estado de ánimo
  - Ganas de llorar sin motivo
3. Trastorno de estrés postraumático
4. Trastornos de la conducta alimentaria y del sueño
5. Trastornos psicosomáticos
6. Sentimientos de vergüenza y culpabilidad
7. Conductas autodestructivas
8. Abuso de alcohol y drogas
  - Irritabilidad

9. Baja autoestima
10. Suicidio o ideación suicida

Amor, (2000) y Echeburúa, Corral y Amor (2002) dicen que la situación de estrés crónico en que viven las mujeres maltratadas la responsable de la aparición de éstas y otras alteraciones. Los síntomas más frecuentes que encontraron son los de ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio.

La depresión tiende a aparecer con más frecuencia en las víctimas de maltrato y hay también otros trastornos comórbidos al TEP, en especial los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias psicoactivas. Además de los anteriores, las mujeres víctimas suelen presentar patrones anormales en las relaciones interpersonales (irritabilidad, desconfianza, dificultad para sentir afecto), cambios en la imagen corporal y disfunciones sexuales.

Otras respuestas habituales a consecuencia del trauma son las siguientes:

1. Minimización de lo ocurrido o negación del peligro
2. Distorsiones cognitivas (idealización de su agresor)
3. Disociación
4. Conductas de “cuidado” de su agresor como estrategia de afrontamiento (conductas de pena)
5. Apaciguamiento, justificación, complacerlo, decirle que busque ayuda terapéutica

Vivir en la violencia suscita una ansiedad extrema con respuestas de sobresalto y alerta constante puesto que la mujer siente que su integridad y a veces su vida, está amenazada. Agrega a los síntomas anteriores el déficit en la resolución de problemas: Alexitimia, culpa por comisión u omisión, sentirse desbordada o agobiada, sensación de que ha cambiado su mundo, desilusión con respecto a la justicia y la autoridad, conductas autodestructivas, sentimientos de indefensión, problemas de memoria y problemas para relacionarse.

Como consecuencia de una agresión se producen cambios en el sistema de creencias, la gente generalmente asume que su mundo es predecible, justo, legal y seguro, pero después de ser victimizada estos supuestos básicos son sacudidos, lo que produce un sentimiento de vulnerabilidades, rabia y una necesidad de comprender por qué fueron abusadas. Las personas han sido expuestas a hechos inesperados e incontrolables, reaccionan con pasividad (indefensión aprendida y desesperanza).

#### 2.4.2 Baja autoestima

La autoestima de las mujeres se ve dañada en una relación en la que es constantemente descalificada por su agresor con el fin de minarla psicológicamente. El maltrato provoca un deterioro en su autopercepción, un aumento en las creencias negativas con respecto a sí misma y porque disminuye la capacidad de la mujer de afrontar la situación de violencia. Algunos estudios señalan además que es el maltrato psicológico el que provocaría un mayor deterioro en la autoestima de estas víctimas, debido a las continuas descalificaciones y agresiones verbales de su agresor, que contribuye a esa autoevaluación negativa, y también porque el aislamiento a que es sometida la pone en una situación de privación de contactos sociales que mejoren esa autoimagen.

#### 2.4.3 Distorsiones cognitivas

Las mujeres víctimas de violencia de intrafamiliar utilizan ciertas estrategias cognitivas de supervivencia que suponen una distorsión de la realidad y varían en función de las diferencias individuales y de la fase evolutiva del maltrato.

Si la violencia comienza de forma sutil y es de tipo psicológico, la víctima suele tender a la negación o minimización del problema, así como al autoengaño y a la atención selectiva hacia los aspectos positivos de su pareja. Los comportamientos violentos pueden llegar incluso a justificarse. (Echeburúa, Amor y de Corral, 2002) Muchas veces la mujer se aferra a la creencia de que su agresor "cambiará" y se autoinculpa por no poder complacerle para que no le agreda.

Además, las víctimas también modifican su sistema de creencias debido a que la violencia la padecen dentro del hogar (el lugar supuestamente más seguro) lo que rompe su sensación de seguridad y la hace sentir que el mundo es un lugar peligroso.

Se distinguen tres tipos de cogniciones de autoinculpación en mujeres maltratadas: por creer que son ellas las causantes de los episodios de violencia, por no ser capaces de detenerlos y por tolerar la violencia. Estos pensamientos causan un gran deterioro emocional.

Echeburúa et al (2002) señalan que es frecuente encontrar las siguientes creencias distorsionadas entre las mujeres víctimas:

1. Sentir vergüenza de hacer pública en el medio social una conducta tan degradante.
2. Creer que los hijos necesitan crecer y madurar emocionalmente con la presencia ineludible de un padre y de una madre.
3. Tener la convicción de que la víctima no podría sacar adelante a sus hijos por sí sola.
4. Considerar que la familia es un valor absoluto en sí mismo y que, por tanto, debe mantenerse a toda costa.
5. Creer que la fuerza del amor lo puede todo y que, si ella persevera en su conducta, conseguirá que el maltrato finalice.
6. Pensar que su pareja, que, en el fondo, es buena persona y está enamorado de ella, cambiará con el tiempo.
7. Estar firmemente convencida de que ella es imprescindible para evitar que él caiga en el abismo.

#### 2.4.4 Déficit en resolución de problemas

Las víctimas de violencia muestran un déficit general en estrategias de afrontamiento, al encontrar que presentaban dificultades en las tres habilidades para una resolución de problemas eficaz: la habilidad para generar un gran número de alternativas, para generar soluciones eficaces y para seleccionar una alternativa eficaz ante un problema. Al parecer la experiencia repetida de los episodios violentos, la percepción de incapacidad para hacer

frente a la violencia, la sensación de indefensión que se deriva de ello y el deterioro que a nivel emocional sufren serían algunos de los factores que podrían explicar este déficit.

#### 2.4.5 Inadaptación a la vida cotidiana

Las mujeres y hombres víctimas presentan un índice muy alto de inadaptación a la vida cotidiana, sin que haya diferencias significativas en función del tipo de maltrato experimentado.

#### 2.4.6 Dependencia de sustancias

Algunas mujeres víctimas recurren al consumo de sustancias adictivas como forma de tolerar el dolor físico o emocional generado por la violencia constante (drogas, alcohol o psicofármacos) utilizados a los efectos de reducir la ansiedad y bloquear el malestar físico y emocional derivado de la situación de estrés crónico que provoca el maltrato suicidio o ideación suicida.

En el estudio meta-analítico de Golding (1999) la tasa de prevalencia de suicidio en mujeres víctimas de malos tratos encontrada oscila entre un 4.6% y un 77%, con una media que se sitúa en un 17.9%, muy por encima de la media de la población normativa.

Se ha detectado que un 29% del total de mujeres ingresadas en el servicio de urgencias de un hospital por intento de suicidio eran mujeres maltratadas, habiéndolo sido ese mismo día la mitad de ellas, y el 75% restante durante los seis meses anteriores.

Entre los factores de riesgo del suicidio, Blaauw, Arensman, Kraaij, Winkel & Bout (2002) afirman que es la situación de aislamiento a la que están sometidas las víctimas la variable que mejor predice la decisión de estas mujeres de acabar con su vida, como la única solución para escapar del sufrimiento que están viviendo.

#### 2.4.7 La dependencia emocional por parte de la víctima hacia el maltratador

La dependencia emocional es la necesidad afectiva extrema que algunas personas sienten en sus relaciones de pareja. Esta necesidad hace que se enganchen demasiado de las personas de las que dependen. El patrón más habitual de relación de pareja de un dependiente emocional es el de sumisión e idealización hacia el compañero, por la baja autoestima que suele tener. El tratamiento es principalmente psicoterapéutico y a largo plazo, hipotéticamente se puede decir que la dependencia emocional es un trastorno de la personalidad en sus formas más graves y crónicas (suele haber una sucesión casi ininterrumpida de relaciones muy tormentosas y desequilibradas).

Muchas personas (sobre todo mujeres), idealizan a su compañero, tienen una dependencia patológica de él/ella, justifican el maltrato y llegan incluso a culpabilizarse de éste. Esto se conoce como Síndrome de Estocolmo y es un estado en el que la víctima se ha identificado con el maltratador/a.

La persona dañada se vuelve codependiente de su pareja (el/la agresor/a), aún después de ser golpeada o maltratada, a veces se puede escuchar frases como “es que yo lo/la quiero mucho”. Personas que llevan años soportando golpes dicen “yo no puedo dejarlo/a porque lo/la quiero”.

Otro motivo por el que algunas mujeres (ocurre también en hombres) no se separan de este problema de dependencia es que las anima la sociedad a permanecer con su abusador, como por ejemplo ocurre con la familia, la Iglesia, entre otros. Les mal-aconsejan diciéndoles, por ejemplo, que es por el bien de sus hijos.

Hay mujeres que no se separan y sufren en silencio por miedo a perder una seguridad económica y la de sus hijos. Esto es fácil verlo en mujeres con un nivel educativo bajo. Otras veces no se separan por las amenazas que reciben de muerte o más violencia por parte de sus agresores si les delatan: “Si vas a la policía te mato”.

Son muchos los casos en los que influye el factor económico, soportan todo tipo de vejámenes a cambio de no perder la seguridad económica para ella y sus hijos. Se trata

generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin su marido no podrán vivir cómodamente.

Estas personas no piensan que el amor no se trata de dañar o que duela. El amor implica protección, confianza, respeto por los gustos del otro, comunicación, caricias, ayudas al crecimiento emocional y espiritual. Consiste en compartir la vida con alegría, dialogar sobre las diferencias y preferencias, y respetar la integridad física, moral y espiritual de la persona amada.

Las mujeres que aguantan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, y toda la familia acaba enfermando. Éstas, en situaciones abusivas pierden su autoestima, no saben protegerse ni se dan cuenta del peligro que corren.

## Capítulo3

### Referente Metodológico

#### Introducción

Esta investigación se realizó mediante la utilización del método cualitativo derivado de la observación y atención de casos clínicos atendidos en el Instituto de la Defensa Pública Penal en Guatemala.

#### 3.1 Instrumentos de diagnóstico utilizados

Durante la realización de la práctica realizada el proceso de entrevista, observación y diagnóstico se apoyó en instrumentos como:

##### 3.1.1 Pruebas proyectivas menores

Las técnicas proyectivas son unos instrumentos considerados como especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste .

Frank 1939, Bellack 1965 y ABT 1965, entre otros, han relacionado lo “proyectivo” del término con una referencia a las fuentes de comprensión e interpretación del enfoque y corriente teóricos del método psicoanalítico.

Los distintos test proyectivos ofrecen estímulos de estructuración ambigua o de formas muy definidas pero poco usuales. Este rasgo se mantiene como elemento común, aunque el entrevistado necesite apelar a distintas conductas, ya sean verbales, gráficas o lúdicas. Cada proyección proyectiva, valga la redundancia, es una creación que expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad interna y externa, dentro de una situación vincular

específica, configurada por la lámina o por la consigna con la que está ligado en cada momento el proceso.

Los test proyectivos utilizados durante la realización de la práctica profesional dirigida son:

1. Test de la Figura Humana
2. Test del Árbol
3. Test de la Familia
4. Prueba de Apercepción Infantil (C.A.T.)

### 3.1.2 Escalas para medir Ansiedad y Depresión

Se la utilizan para medir el grado de depresión y ansiedad que padece un paciente. Es de suma utilidad para poder objetivar la respuesta terapéutica al tratamiento de un Trastorno Depresivo. Su interpretación debe ser realizada por un médico psiquiatra o psicólogo.

Durante el proceso de práctica se utilizaron dos escalas para medir ansiedad y depresión:

1. Índice de Ansiedad de Beck
2. Índice de Depresión de Beck

## Capítulo 4

### Presentación de Resultados

#### Introducción

A continuación se presentan informes de casos clínicos abordados durante el proceso de Práctica Supervisada los cuales fueron de gran utilidad para desarrollar esta investigación.

#### 4.1 Presentación de Informes Psicológicos Atendidos

##### Informe Psicológico

###### Datos Generales

Nombre:	AH	Sexo Masculino
Fecha de nacimiento:	11/9/2002	Edad 10 años
Escolaridad:	Tercero Primaria	
Religión:	Evangélica	
Nombre del padre:	CH	
Profesión:	Asalariado de Empresa de Lácteos	
Lugar de Trabajo:	Dos Pinos	
Nombre de la madre:	HH	
Profesión:	Ama de Casa	

###### Motivo de Consulta

Refiere la mamá de AH “mi esposo me pegaba y mis hijos lo veían y yo quiero que les ayude a que no les afecte” Refiere AH: no sé porque estoy aquí seguro porque mis papás se separaron.

###### Diagnóstico Multiaxial

EJE I: Z63.8 Problemas paterno-filiales V61.20

EJE II: Sin diagnóstico

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V: EEAG =80

Plan terapéutico

Paciente: AH

Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones.
Objetivo	Técnicas	Recursos
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	Descatastrofización: Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.	
Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.	Métodos humorísticos: Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.	Pintura y Música
Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.	Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.	Pinturas, Dibujos y Diversos objetos de juego.

Fuente: Elaboración propia

## INFORME PSICOLOGICO

### Datos Generales

Nombre:	VH	Sexo Femenino
Fecha de nacimiento:	25/12/2005	Edad 6 años
Escolaridad:	Párvulos Primaria	Institución
Religión:	Evangélica	
Nombre del padre:	CH	
Profesión:	Asalariado de Empresa de Lácteos	
Lugar de Trabajo:	Dos Pinos	
Nombre de la madre:	HG	
Profesión:	Ama de Casa	

### Motivo de Consulta

Refiere la mamá de VH “mi esposo me pegaba y mis hijos lo veían y yo quiero que les ayude a que no les afecte” Refiere VH: no sé que problemas tienen mis papás yo solo quiero que vivan juntos.

### Diagnóstico Multiaxial

EJE I: Z63.8 Problemas paterno-filiales V61.20

EJE II: Sin diagnóstico

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V: EEAG =80

Plan terapéutico

Paciente: VH

Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones.
Objetivo	Técnicas	Recursos
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	Descatastrofización: Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.	
Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.	Métodos humorísticos: Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.	Pintura y Música
Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.	Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.	Pinturas, Dibujos y Diversos objetos de juego.

Fuente: Elaboración propia

## Informe Psicológico

### Datos Generales

Nombre: DV

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 14/7/1969

Edad: 43 años

Escolaridad: Carrera Media

Religión: Católica

Dirección: Zona 17, Guatemala

### Motivo de Consulta

Refiere que la llamaron de la Defensa y no quiere quedarle mal a la licenciada, sin embargo, que la razón por la cual llegó allí es porque se separó de su esposo hace 12 años y ahora reclama pensión alimenticia, entre llanto refiere “mi esposo y mi suegra me hicieron mucho daño, quisieron que yo creyera que no valía nada y lo han logrado” (entre lágrimas).

### Diagnóstico Multiaxial

EJE I: F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

EJE II: Sin diagnóstico

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V: EEAG =85

## Plan Terapéutico

Paciente: DV

Sesión No.	Objetivos	Descripción
Sesión 1	Conocer al paciente	Primera Sesión Historia Clínica
Sesión 2	Realizar pruebas proyectivas, explicar posible terapia de acuerdo a la evaluación realizada post entrevista.	En la primera fase del entrenamiento en SP, orientación general hacia el problema, se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiba la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada.
Sesión 3, 4	Empoderar a la paciente, trabajar autoestima y motivarle a lograrlo.	La definición y formulación del problema, es una parte básica del proceso de SP, ya que como afirma no es exagerado decir que si tenemos un problema bien definido tenemos ya la mitad del mismo resuelto. Si el problema está bien definido, los otros elementos (ej., generación de alternativas) son mucho más fáciles.
Sesión 5,6	Detectar pensamientos negativos automáticos y transformarlos en positivos.	La de generación de soluciones alternativas, es tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para que así maximicemos la probabilidad de que la mejor solución esté entre ellas. Para la generación de soluciones alternativas se utilizan tres principios: el principio de cantidad, el principio de aplazamiento del juicio y el principio de variedad.

Sesión 7,8	Explicar la importancia de la toma de decisiones	Toma de decisiones, es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática. costo//beneficio: (a) resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema), (b) bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado), (c) tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido), y (d) bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total).
Sesión 9,10	Verificar los pensamientos automáticos y problemas que hayan surgido de esto, evaluar la posible solución y encontrar la efectividad de esta terapia.	<p data-bbox="854 684 1485 898">La puesta en práctica y verificación de la solución, se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de solución Elegida en la situación problemática. Esto se hace primero simbólicamente y luego en la situación de la vida real.</p> <p data-bbox="854 909 1485 1010">A continuación la persona debe auto observarse; esto es, la observación de la propia conducta de solución y/o sus productos (resultados).</p>

Fuente: Elaboración propia

## Informe Psicológico

### Datos Generales

Nombre:	LQL	Sexo Femenino
Fecha de nacimiento:	22 de febrero de 1978	Edad 34 años
Estado Civil:	Separada	
Escolaridad:	Diversificado	Profesión: Secretaria
Religión:	Evangélica	

### Motivo de Consulta

Refiere LQL: “necesito ayuda porque estoy muy agresiva con mi hija y mi hija conmigo, es que yo creo que, todo lo que nos hizo el papá de la niña nos está afectando.”

### Diagnóstico Multiaxial

EJE I: F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.21)  
Episodio depresivo moderado.

EJE II: F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

EJE V: EEAG 60

Plan de Tratamiento

Paciente: LQL

Objetivo	Técnicas	Recursos
Perseverancia, busca de éxito personal.	Biblioterapia.	Libros de motivación personal.
Aprender a identificar creencias irracionales.	Repetición de frases irracionales a modo de autoinstrucciones.	Lista de frases irracionales.
	Discriminación: mediante ejemplos el terapeuta enseña al paciente, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.	
Buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras.	Detección: Utilizar autor registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de autoregistro.
Búsqueda de Evidencia para Comprobar la Validez los pensamientos automáticos.	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.	Formato de evidencias en pro y en contra.
	Flecha Descendente: diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.	
	Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.	
Identificar las ocasiones en que el paciente pudo haberse hecho responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.	Reatribución: Revisar los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.	

<p>Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.</p>	<p>Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.</p>	
<p>Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.</p>	<p>Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.</p>	
	<p>Escala de Dominio Placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas, el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona, utilizando escalas de 0-5. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.</p>	<p>Formato de la escala</p>
	<p>Programación de actividades incompatibles u opuestas: Permitirla al paciente ejecutar una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, que en este caso es la inactividad; por lo tanto, la idea es que ella una lista de actividades para realizar los días de la semana.</p>	<p>Formato de programación de actividades.</p>
	<p>Asignación de tareas graduales: Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta, se elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.</p>	<p>Hoja en blanco para realizar la jerarquía de conductas.</p>

Fuente: Elaboración propia

## Informe Psicológico

### Datos Generales

Nombre:	TYCG	Sexo Femenino
Fecha de nacimiento:	10/4/2003	Edad 9 años
Escolaridad:	Segundo Primaria	Institución EOUM No. 437
Religión:	Católica	
Nombre del padre:	EACS	
Profesión:	Taxista	
Nombre de la madre:	RAG	
Profesión:	Ama de Casa	

### Motivo de Consulta

Refiere la mamá de TYCG; “fíjese que se orina todos los días en la noche y yo digo que le afectó que el papá de ella se fue a vivir con otra mujer.” Entre lágrimas refiere TYCG que ella solo quiere que su papá regrese a casa porque ella sabe que anda con otra “mujer”.

### Diagnóstico Multiaxial

EJE I:	F98.0 Enuresis (307.6)
EJE II:	Sin diagnóstico
EJE III:	Sin diagnóstico
EJE IV:	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
EJE V:	EEAG =85

## Plan de Tratamiento

Paciente: TYCG

Área Teórica	Área Afectiva:
<p>1. <b>AREA COGNITIVA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Los objetivos de esta área es informar a los padres y el niño sobre la enuresis y su tratamiento y ofrecerle unos procedimientos generales para su manejo.</li> <li>• (2) Se les explica (p.e con dibujos adaptados a la capacidad del niño/familia) los mecanismos del control esfinterial , el papel de los mecanismos de aprendizaje, la inadecuación del castigo y el tratamiento general a seguir, basado en procedimientos de aprendizaje del control esfinterial y del aumento de la propia motivación del niño para su resolución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Los objetivos en este área son la resolución de las ansiedades/temores parentales sobre la enuresis o las propias del niño respecto a ese problema</li> <li>• (2) Para los padres puede estar indicada la terapia cognitiva-conductual (manejo de preocupaciones subyacentes y medios de afrontamiento del problema) o la psicoterapia de orientación dinámica (manejo de conflictos inconscientes)</li> <li>• (3) Para el niño puede estar indicada diversas modalidades de tratamiento de sus temores : terapias conductuales de desensibilización de miedos, terapia de juego para la expresión y manejo de conflictos, entre otros.</li> </ul>
La Música como Método Terapéutico	Área Somática e Intelectual
<p>La Música se emplea de tres maneras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ACTIVA:</b> jugar, cantar, manipular instrumentos u otros objetos.</li> <li>• <b>RECEPTIVA:</b> escuchar</li> <li>• <b>RECEPTIVO-ACTIVA:</b> como apoyo a otras actividades como dibujo, expresión corporal, modelado, tejido, cosido, entre otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Se puede utilizar medicación para la reducción de la enuresis. Sin embargo, parece más efectiva asociada a psicoterapia (sobre todo conductual en el caso de enuresis primaria sin otros problemas relacionales).</li> <li>• (1) El objetivo es tratar directamente la enuresis y los factores inmediatos que la mantienen. A menudo constituye "toda" la terapia; pero en los casos más complicados deben de explorarse/tratar las otras áreas mencionadas.</li> </ul>

Planteamiento de objetivos y recursos del plan tratamiento

Objetivos	Recursos	Tiempo
Psicoeducar y concientizar sobre el problema de la enuresis no es un pecado.	Fotos, revistas y videos.	2 sesiones
Observar, realizar pruebas y diagnosticar.	Pruebas proyectivas menores y CAT	3 Sesiones
Técnicas de psicomotricidad, consiste en la producción y audición de sonidos y música.	Música	Todas las sesiones
Recuperación afectiva, de desarrollo físico y mental equilibrado.	Música y dibujos de princesas	6 sesiones (un pequeño espacio en cada una)
Elevar autoestima.	Rolle Playing y arte terapia	2 sesiones
Evaluación médica urgente.	Solicitar a la progenitora realizarla para descartar problemas biológicos	

Fuente: Elaboración propia

## Informe De Psicológico

### Datos Generales

Nombre:	PJVC	Sexo Masculino
Fecha de nacimiento:	11/9/2002	Edad 7 años
Escolaridad:	Preparatoria	Institución Colegio Los Trocitos
Religión:	Católica	
Nombre del padre:	PV	
Profesión:	Negocio Propio	
Nombre de la madre:	CC	
Profesión:	Maestra de Inglés	

Refiere la mamá de PJVC “Vengo a solicitar apoyo porque desde el 30 de abril de este año me separé de mi esposo porque había mucha violencia verbal de él hacia mí, entonces tuve que pedirle que se fuera de nuestra casa” Refiere PJVC “No sé porque estoy aquí, mi papá ya no vive con nosotros”.

### Diagnostico Multiaxial

EJE I: [Z63.8] Problemas paterno-filiales (61.20)

EJE II: Sin diagnóstico

EJE III: Sin diagnóstico

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres.

EJE V: EEAG =75

## Plan de tratamiento

Paciente: PJVC

Objetivos, técnicas y recursos

I.

Objetivo	Técnicas	Recursos
Enseñarle a distraerse de las sensaciones de irritabilidad, inhibiendo emociones de enojo o ira.	Entrenamiento en relajación: Ejercicios de respiración, distensión muscular y relajación corporal.	Hoja de instrucciones para realizar los ejercicios en casa.
Aprender la diferencias entre emociones y pensamientos.	Utilizar la mímica para expresar diferentes emociones que estarán escritas en fichas.	Fichas con diferentes emociones.
	En una hoja se escriben varias emociones y varios pensamientos y la paciente deberá identificar qué es cada uno.	Hoja de pensamientos o emociones. (Ver anexos).
Objetivo	Técnicas	Recursos
Ayudar al paciente a reconocer que tiende a anticipar eventos temidos sin base real.	Descatastrofización: Realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.	
Animar al paciente a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.	Métodos humorísticos: Exageración de una idea irracional en forma graciosa, o bien exageración de la evidencia en contra de una idea irracional.	Pintura y Música
Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.	Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.	Pinturas, dibujos y diversos objetos de juego.

Fuente: Elaboración propia

## Conclusiones

1. La falta de dinero y de trabajo trae como consecuencia, además de no poder cubrir las necesidades básicas, la inaccesibilidad a un mejor nivel educativo y cultural, por lo que no permite que las personas reciban una buena y adecuada formación integral, careciendo por tanto de valores, lo cual hace que las personas incidan en actitudes violentas.
2. La falta de acceso a la educación es una de las causas más prominentes de la violencia intrafamiliar, pues las personas al no poseer estudios superiores, no tienen oportunidad de acceder a un empleo formal, por lo que se dedican a andar por las calles, en donde adquieren malos hábitos descargando su violencia en su esposa e hijos, estos últimos, regularmente los más afectados al creer que las conductas violentas son “normales”.
3. Patologías sociales tales como la violencia intrafamiliar, adicciones a drogas y alcohol provocan pérdida y deterioro de relaciones primarias mismas que desempeñan un papel fundamental en la promoción de ambientes apropiados y poco violentos, contrarios a lo que se observa actualmente en algunos contextos, donde existe deterioro en la cultura de valores, falta de respeto a la vida y poco deseo de progreso.
4. La violencia intrafamiliar puede causar fatales consecuencias psicológicas, tales como: trastornos mentales, aislamiento social, y dependencia emocional, si no se detecta a tiempo y se trata con las herramientas y tratamientos eficaces para controlar esta “epidemia”.
5. Es necesario instruir a las personas que diariamente sufren violencia intrafamiliar, a que busquen apoyo psicológico y legal logrando así subsistir y sembrar en los futuros habitantes de Guatemala, la cultura no violencia intrafamiliar.
6. La labor de los profesionales de la psicología es importante y trascendental en el tratamiento de problemas sociales y familiares, por lo que no debe dejarse a un lado la posibilidad de frecuentara un profesional, que pueda guiar a las personas hacia una mejor convivencia.

## Recomendaciones

1. Se sugiere que como profesionales se tiene un compromiso con el país y la obligación de ayudar a Guatemala a sobresalir para superar patologías sociales mediante la educación y prevención temprana para así lograr exterminar uno de los mayores problemas sociales en Guatemala, que únicamente producen pérdidas irrecuperables en algunos casos.
2. Crear un programa de valores éticos y morales en escuelas, iglesias, universidades, principalmente en las áreas en que se ha detectado que los índices de violencia son altos, empezando a practicarlos en el hogar, en el trabajo, en la universidad y así propagar buenas prácticas familiares, a nivel personal y social.
3. Realizar y distribuir manuales prácticos realizados por futuros psicólogos, para detectar si una persona está siendo víctima de violencia intrafamiliar, así como información de como denunciar una situación de estas y los lugares donde se puede buscar atención psicológica tanto gratuita como remunerada.
4. Se recomienda al Instituto de la Defensa Publica Penal, aprovechar la gran afluencia de personas que requieren apoyo de esta institución para implementar planes de prevención y concientización sobre lo importante que es prevenir y erradicar un ambiente de violencia intrafamiliar.
5. A la Universidad Panamericana, como ente social del país, propiciar que sus profesionales egresados presten servicio al país con sus conocimientos iniciar un cambio positivo en la vida de las víctimas de violencia intrafamiliar.

## Referencias

### Bibliograficas

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV 4th Ed.* Washington, D.C, American Psychiatric Association, 1994.

Batres G, Recinos S, Dumani I (2002). *Violencia de género, derechos humanos e intervención policial.* Costa Rica, ILANUD/Programa Regional de Capacitación Contra la Violencia Domestica.

Beattie Melody, (2008). *Ya No Seas Codependiente*, México: Editorial Patria.

Berenzon Shoshana, (2010). *Guía Clínica para la atención de personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Violencia)*, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.

Castillo, Josefina (2010). *La Dependencia Emocional Por Parte De La Víctima Hacia El Maltratador.*

Lorente Acosta Miguel Ángel, (2003). *Mi marido me pega lo normal*, Madrid: Editorial Crítica.

Navarro Navarro Patricia, (2011). *Violencia de Género: Aspectos Psicológicos y Aspectos Jurídicos*, Universitat Abat Oliba CEU.

Ruíz Siliezar Alba Maricela, (2011). *Violencia intrafamiliar detectada en pacientes atendidos en la Auxiliatura Departamental de los Derechos Humanos*, Guatemala Tesis: Universidad Panamericana.

Ruiz Yolanda, (2002). *Biología Cultura y Violencia, Jornades de Foment de la Investigació*, Universitat Jaume.

Soriano Díaz Andrés, (2002). *Educación y Violencia Intrafamiliar*, Madrid: Editorial Dykinson.

Walker L, (1989). *Psychology and Violence Against Women.* American Psychologist.

## Internet

*Cruz Bolívar Ximena Santa, Tipos de Violencia Intrafamiliar, Universidad de Chile*

1. <http://www.ecovisiones.cl/informacion/tiposdeviolencia.htm>

*Estudio pionero sobre la violencia doméstica, Organización Mundial de la Salud*

2. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/index.html>

*Informe de violencia intrafamiliar en Guatemala, Organización Mundial de la Salud, 2010*

3. <http://fadep.org/blog/uncategorized/informe-de-violencia-intrafamiliar-en-guatemala/>

*Silva F Paola, Violencia Intrafamiliar*

1. <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index.htm>

## **ANEXOS**

## 1. Carta de una mujer maltratada

Todavía no tengo cuarenta años, igual que mi marido. Poseo el título de bachiller y, actualmente, asisto a un centro universitario local, intentando conseguir la enseñanza adicional que necesito. Mi marido es licenciado universitario y trabaja como profesional en su campo. Ambos somos atractivos y, en la mayoría de los casos, respetados y queridos. Tenemos cuatro hijos y vivimos en una casa de clase media, con todas las comodidades deseables. Lo tengo todo, salvo el vivir sin miedo.

Durante la mayor parte de mi vida de casada, mi marido me pega periódicamente. ¿Qué quiero decir con "me pega"? Quiero decir que golpea diversas partes de mi cuerpo de forma violenta y repetida, causándome magulladuras dolorosas, hinchazones y heridas sangrantes, dejándome inconsciente y combinaciones de todas estas cosas...

Me dio patadas en el abdomen cuando estaba visiblemente embarazada. Me ha sacado a puntapiés de la cama y pegado cuando yacía en el suelo, de nuevo, estando embarazada. Me ha azotado, dado patadas y tirado al suelo, levantándose y volviendo a tirarme. Me ha pegado puñetazos y patadas en la cabeza, el pecho, la cara y el abdomen más veces de las que puedo contar.

Me ha abofeteado por decir algo sobre política, por tener un punto de vista diferente sobre religión, por blasfemar, por llorar, por querer hacer el amor.

Me ha amenazado cuando no he hecho algo que me había encargado. Me ha amenazado tanto cuando ha tenido un mal día como cuando lo ha tenido bueno... Pocas personas han visto mi rostro de color negro y azul o mis labios hinchados porque siempre me he quedado en casa, asustada. Nunca he sido capaz de conducir después de alguna paliza de éstas, por lo que no he podido acudir a un hospital para que me curasen. Y tampoco podría haber dejado solos a mis hijos, aunque hubiese podido conducir.

Inevitablemente, después de una paliza, estoy histérica. Nadie acepta esa histeria (el temblor, el llanto y el hablar entre dientes), por lo que no he podido llamar a nadie.

En algunas ocasiones, mi marido telefoneó al día siguiente, de manera que, con alguna excusa, yo pudiera volver al trabajo, a la tienda, al dentista y cosas por el estilo. Después utilizaba las excusas: un accidente de coche, cirugía oral, cosas como ésas.

Ahora bien, la primera respuesta a esta historia, en la que yo misma pienso, sería: "¿Por qué no pides ayuda?"

Lo he hecho. Poco después de casarnos, acudí a un sacerdote, quien, después de algunas visitas, me dijo que mi marido no quería hacerme ningún daño real, que estaba confuso y se sentía inseguro. Me animó a ser más tolerante y comprensiva. Más importante aún: me dijo que le perdonase los golpes, como Cristo me había perdonado desde la cruz. También hice eso.

La siguiente vez, acudí a un médico. Me dio unas píldoras para relajarme y me dijo que tomase las cosas con más calma. Estaba demasiado nerviosa.

Fui a ver a una amiga y, cuando su marido lo descubrió, me acusó de inventar o de exagerar la situación. A ella le dijo que se apartase de mí. No lo hizo, pero, en realidad, ya no podía ayudarme.

Acudí a una organización profesional de orientación familiar. Me dijeron que mi marido necesitaba ayuda y que ya encontraría algún modo de controlar los incidentes. Yo no podía controlar las palizas, que era la única razón por la que solicitaba apoyo. En esa organización descubrí que tenía que defenderme contra la sospecha de que yo quisiera que me pegasen, que yo incitara las palizas. ¡Dios mío! ¿Los judíos incitaban en Alemania a que los matasen?...

Una vez, acudí a la policía. No sólo no respondieron a la llamada, sino que varias horas después preguntaron si "las aguas habían vuelto a su cauce". Para entonces, ¡ya podía estar muerta! Si ocurriera otra vez, no tengo a donde ir. Nadie quiere acoger a una mujer con cuatro niños. Aunque hubiera alguien tan bondadoso como para hacerse cargo, no quiere verse envuelto en lo que suele denominarse una "situación doméstica"...

Nadie quiere "provocar" a un individuo que pega a su esposa. Cuando esté dispuesto y tenga oportunidad, irá adonde sea.

Yo puedo ser su excusa, pero nunca he sido la razón...

He sufrido palizas físicas y emocionales y la violación espiritual porque la estructura social de mi mundo dice que no puedo hacer nada contra un hombre que quiere golpearme... Pero, permanecer con mi marido significa que mis hijos tienen que estar sometidos a la sacudida emocional que provoca el ver el rostro de su madre u oír sus gritos en medio de la noche.

Sé que tengo que marcharme. Pero, cuando no tienes a donde ir, sabes que debes seguir adelante por tu cuenta, sin esperar ayuda. Tengo que estar preparada para eso. Tengo que estar preparada para salir adelante yo y sacar adelante a mis hijos e, incluso, proporcionarles un ambiente decente. Rezo para poder hacerlo antes de que me asesinen en mi propia casa...

Debo decir que, aunque el marido apalee, abofetee o amenace a su esposa, hay "días buenos". Esos días contribuyen a atenuar los efectos de las palizas. Ayudan a hacer que la esposa deje de lado los traumas y mire el lado bueno; primero, porque no hay otra cosa que hacer; segundo, porque no hay a donde ir y nadie a quien acudir, y tercero, porque el fracaso es la paliza y la esperanza de que no vuelva a ocurrir. Una mujer amante, como yo, siempre espera que no ocurra otra vez. Cuando vuelve a pasar, no hace sino esperar de nuevo, hasta que, tras la tercera paliza, se hace evidente que no hay esperanza. Entonces es cuando sale para que le ayuden a hallar una respuesta. Cuando le niegan esa ayuda, o bien se resigna a la situación en la que está o ella misma saca fuerzas de flaqueza y empieza a hacer planes para una vida futura en la que sólo quepan ella y sus hijos. Para muchas, la tercera paliza puede ser demasiado tarde...

¿Qué es lo que determina que una tenga suerte o que no la tenga? Hace mucho tiempo que podía estar muerta si me hubiese dado en mal sitio. Mi bebé podría haber resultado muerto o deformado si le hubiese dado una patada en mal sitio. ¿Qué me ha salvado?

No lo sé. Sólo sé lo que ha ocurrido cada noche y temo el golpe final que me mate y deje huérfanos a mis hijos. Espero poder aguantar hasta completar mi educación, conseguir un buen trabajo y ser lo bastante autosuficiente para cuidar de mis hijos por mí misma.

## 2. Modelo de Plan Terapéutico

### Terapia Cognitiva de Beck

Las técnicas cognitivas que se incluyen en la terapia cognitiva de la depresión son (Dobson y Franche, 1991): el registro diario de pensamientos disfuncionales, la comprobación de la realidad, las técnicas de reatribución, las técnicas de solución de problemas, el diseño de experimentos, la refutación con respuestas racionales y la modificación de las suposiciones disfuncionales. Para conseguir esto o para reducir al principio la grave sintomatología depresiva se utiliza otro amplio conjunto de técnicas conductuales como las siguientes: programación de actividades, evaluación de la destreza y del placer, ensayo cognitivo, entrenamiento asertivo y representación de papeles. Igualmente se pueden incluir otras técnicas que sean necesarias para el sujeto, especialmente si tiene otros problemas asociados, aunque, como ya hemos indicado, el modelo cognitivo de la depresión supone que son las cogniciones las que causan y mantienen el problema depresivo. Por ello la combinación de unas y otras técnicas consiguen el resultado adecuado.

La terapia cognitiva de la depresión tiene una duración entre 12 y 15 sesiones, con un máximo de 20. Se sugiere que en las primeras tres semanas se tengan dos sesiones y luego una por semana, cada una de 50 minutos de duración. En la quinta sesión se siguen básicamente siete pasos:

- 1) Seguir el mismo formato general que en la sesión anterior. Esto es, preparar la agenda de la sesión sobre lo que se va a tratar en la misma; comentar los problemas y progresos desde la sesión anterior; revisar otros aspectos relevantes para el tratamiento entre esta sesión y la anterior.
- 2) Revisar el registro de actividades, con especial énfasis en las evaluaciones de dominio y agrado. El registro de actividades constituye un elemento importante en las primeras fases del tratamiento. En él el sujeto indica todas las actividades que realiza durante el día (ej., levantarse, lavarse, desayunar, coger el coche para ir al trabajo,...). De cada una de ellas debe puntuar de 0 a 10 o de 0 a 100 cuál es el dominio de cada una de ellas y cuál es el agrado. El dominio atañe al grado en que uno puede realizar la tarea (ej., llamar por teléfono) y el agrado a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de esa actividad. Claramente, en un paciente depresivo, el

dominio es importante en las tareas cotidianas pero el agrado suele ser bajo o muy bajo. En esta fase, el registro de actividades y, a partir de aquí, la programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de agrado, proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.

3) Revisar y discutir los pensamientos automáticos negativos. Gracias al registro de pensamientos y sentimientos que va el paciente cubriendo desde que entra en tratamiento, se puede fácilmente detectar los pensamientos automáticos negativos. Este registro incluye hasta esta sesión tres apartados: la situación (acontecimiento que motivó la emoción desagradable, la corriente de pensamiento o el recuerdo que motivó la emoción desagradable); la emoción (donde debe especificar la emoción - ej., triste, enfadado, ansioso, deprimido, etc.- y la intensidad de la emoción en una escala de 0 a 100; y el pensamiento o pensamientos automáticos, debiendo anotar tanto el pensamiento automático que precede a la emoción o emociones como el grado de creencia en el mismo, en una escala del 0% al 100%. A partir de las anotaciones el terapeuta puede con su cliente revisar, discutir y cambiar los pensamientos automáticos negativos con las técnicas cognitivas (ej., reatribución, prueba de realidad, etc.) para que el sujeto corrija sus distorsiones.

4) Enseñar al paciente modos de evaluar y corregir las distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos). A esta altura del tratamiento el paciente ya conoce aspectos importantes de sus pensamientos, especialmente de sus pensamientos automáticos negativos. El objetivo es que el paciente pueda identificarlos claramente y corregirlos con las técnicas que el terapeuta le ha ido entrenando (ej., experimentos personales, prueba de realidad, reatribución, etc.), como con el siguiente paso de dar respuestas racionales a los mismos.

5) Explicar la forma de empleo del registro diario de pensamientos distorsionados para que ante los pensamientos automáticos dé una respuesta racional. En este caso, el registro que hemos descrito anteriormente se amplía a partir de esta sesión con dos apartados más: la respuesta racional y el resultado. Esto es, cuando surge, ante una situación, una emoción que produce un determinado pensamiento automático, hay que proporcionar una respuesta racional que lleve a un resultado distinto al habitual. En el registro debe anotar en el apartado de la respuesta racional una respuesta racional a los pensamientos automáticos junto con el grado de creencia (0-100%)

en la respuesta racional. En el resultado debe reevaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos de 0-100 y evaluar las emociones subsiguientes (0-100). Un ejemplo de ello es cuando una persona se imagina

#### Tiempo Estimado

El tiempo estimado de la terapia es de 3 meses, aproximadamente 15 sesiones, teniendo una sesión por semana de 45 minutos.

## II. Objetivos, técnicas y recursos

Objetivo	Técnicas	Recursos
Perseverancia, busca de éxito personal.	Biblioterapia	Libros de motivación personal
Aprender a identificar creencias irracionales	Repetición de frases irracionales a modo de autoinstrucciones.	Lista de frases irracionales.
	Discriminación: mediante ejemplos el terapeuta enseña al paciente, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.	
Buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras	Detección: Utilizar autor registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.	Formato de autoregistro.
Búsqueda de Evidencia para Comprobar la Validez los pensamientos automáticos	A partir de la experiencia de ella se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.	Formato de evidencias en pro y en contra.
	Flecha Descendente: diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.	
	Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.	

<p>Identificar las ocasiones en que el paciente pudo haberse hecho responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.</p>	<p>Reatribución: Revisar los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.</p>	
<p>Enseñar al paciente a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.</p>	<p>Entrenamiento asertivo: A través de un rol-playing, el paciente y el terapeuta, adoptan un papel de interacción social y llevan a cabo la acción de roles; mientras el terapeuta debe de clarificar la cogniciones o pensamientos contraproducentes en la interacción social.</p>	
<p>Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.</p>	<p>Técnicas referenciales: Se anima al paciente a hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.</p>	
	<p>Escala de Dominio Placer: El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas, el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona, utilizando escalas de 0-5. Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.</p>	<p>Formato de la Escala</p>
	<p>Programación de actividades incompatibles u opuestas: Permitirla al paciente ejecutar una serie de actividades alternativas a la conducta-problema, que en este caso es la inactividad; por lo tanto, la idea es que ella una lista de actividades para realizar los días de la semana.</p>	<p>Formato de Programación de Actividades.</p>

### 3. Programa de Estudio del Curso Metodología de la Investigación

#### Propósito del Curso

Determinar la importancia de la metodología de la investigación en el ejercicio profesional desarrollando una metodología de investigación enmarcada en el campo de la profesión;

aplicando el proceso de la metodología de la investigación en su formación y en el ejercicio de su profesión con el fin de influir de manera significativa en el contexto profesional a través de la práctica de la metodología de la investigación.

### Objetivos del Curso

- Brindar el acompañamiento oportuno en el desarrollo del sistema de egreso de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social
- Desarrollar los elementos de la investigación de acuerdo a los parámetros establecidos por la APA y Manual de Estilo de la Upana.

### Contenido Temático del Curso

- Investigación científica
  - Enfoque Cuantitativo y Cualitativo de la investigación científica
  - Características que posee el enfoque cuantitativo de investigación
  - Diferencias – Ventajas entre los dos enfoques.
- EL nacimiento de un proyecto de investigación
  - Investigaciones cuantitativas, cualitativas o mixtas
  - ¿Cómo surgen las ideas de investigación?
  - Vaguedad de las ideas iniciales
  - Criterios para generar ideas
- Objetivos de la Investigación
  - Objetivo general y específicos
  - Preguntas de investigación
- Justificación y delimitación de la investigación
  - Criterios de justificación
  - Limitaciones del estudio o de la investigación
- Elaboración de Marco Teórico
  - Etapas del marco teórico
  - Las hipótesis

- Las variables
- Relación de hipótesis, preguntas y objetivos de investigación
- Hipótesis, nulas, alternativas y estadísticas
- Prueba de hipótesis
- Utilidad de hipótesis
- Hipótesis definidas conceptual y operacionalmente
- Definir el diseño de la investigación
- Manual de presentación de trabajos de investigación UPANA
- Elaboración de reporte de investigación

3.1.2 Metodología: Criterios para el Desarrollo del curso: Elaboración progresiva de la sistematización de la Práctica Dirigida (Sistema de Egreso).

#### 4. Programas de Talleres realizados en el Centro de Práctica

##### Planificación de Talleres

TEMA: Escuela para Padres  
 No. De sesiones: 3  
 Responsables: Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez  
 Objetivo Promover la concientización de la educación ejemplar a los hijos y la búsqueda de integración familiar  
 Dirigido a: Todos los padres de familia que asisten a la Defensoría, de todas las edades.

##### Día 1 Familia y Educación

Objetivo Específico	Actividad	Metodología	Recursos	Tiempo	Responsable
Día 1: Iniciar con actividades para promover un ambiente adecuado para el taller.	Dinámica "El Lazarillo"	El grupo se divide por parejas. Una de las personas se venda los ojos y actúa como ciego, la otra será su lazarillo. Cuando todos estén preparados, esperando la señal del orientador, el lazarillo se desplazará por el salón guiando al ciego por unos minutos, luego invertir los papeles.	Retazos de tela para vendar los ojos	3 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.
Introducción al tema	Actividad de Reflexión	Terminada la experiencia se hace una retroalimentación a partir de preguntas de concientización sobre su trabajo como educadores en el hogar		5 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.
Presentación del Tema	Entrega individual del test: «¿Está preparado para ser educador de sus hijos?»	De acuerdo con una clave de respuestas dada en el test, cada padre de familia se ubica en el grupo correspondiente según el puntaje obtenido Compartir en grupos (máximo 6 personas) los resultados y determinar el nivel en que se hallan.	Test ¿está preparado para ser educador de sus hijos?, clave para el test, hojas y lapices, cañonera y computadora	10 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.
Cierre	Reflexión	1. ¿Es adecuado nuestro concepto de educación? 2. ¿Cuánto tiempo dedicamos a nuestra preparación como educadores? 3. ¿Qué aportan los padres a la educación? 4. ¿Cómo pueden ayudar a sus hijos?	Cañonera y Computadora	12 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.

**Día 2**  
**¿Conozco a mis hijos?**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
Ofrecer elementos para que los padres descubran la importancia de conocer todos los aspectos de la vida de sus hijos.	Dinámica: «La novela de mi vida»	Cada padre de familia escribe la historia de su vida, lo más auténtica posible. Se dan algunas pautas para su elaboración:  Buscar un título sugestivo con relación a los hechos más importantes, comenzar con algunos datos biográficos, una anécdota interesante, los momentos más felices y los mayores disgustos. Definirse a sí mismo: dos cualidades, dos defectos, aficiones; qué tiene proyectado para el futuro; cómo es la relación con sus hijos y con su cónyuge; qué aspectos le preocupan actualmente.  Después de 15 minutos se forman grupos de 6 personas y cada uno lee su historia.  <input type="checkbox"/> Terminado el ejercicio responden las siguientes preguntas: <input type="checkbox"/> ¿Cómo se sintieron contando la historia de su vida al grupo. <input type="checkbox"/> ¿Qué descubrí en mis compañeros?	Hojas y lapices	25 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez
Presentación del Tema	Entrega individual del cuestionario ¿Conoce usted a su Hijo?	Posterior a constatar el test se promoverá una Reflexión individual con temas como: - ¿Qué tan cerca estoy de mis hijos? - ¿Qué tanto conozco de ellos? - ¿Qué objeto tiene conocerlos? - ¿Qué aspectos debemos conocer de nuestros hijos?	Cuestionario ¿conoce usted a su hijo?	10 min	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez
Finalización	Compromiso	Sacaré tiempo para dialogar con mis hijos sobre sus intereses, situaciones que elevan o bajan autoestima.		5 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez

**Día 3**  
**Educación en la Libertad**

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Actividad</b>	<b>Metodología</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Responsable</b>
Concientizar a los padres sobre la necesidad de desarrollar en los hijos la autonomía para que puedan llegar a ser personas libres y responsables.	Dinámica la Caja Mágica	El asesor da a conocer una caja mágica muy especial, tiene la capacidad de hacerse pequeña o muy grande, de acuerdo con la necesidad, además puede contener dentro lo que deseamos que contenga. (sacar algo para el esposo, padres, hijos)	Caja de Cartón	10 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.
Concientización sobre la toma de decisiones que los hijos deben aprender	Plenaria «El extraño caso del Cangurito»	Después de la plenaria se realizará una etapa de reflexión buscando comprometer a los padres mediante este compromiso "esta semana permitiré a mi hijo(a) tomar sus propias decisiones. Le daré la oportunidad de resolver por sí mismo(a) sus dificultades."	Computadora y Cañonera	20 Min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.
Finalización	Agradecimiento	Se otorgará un diploma de reconocimiento y agradecimiento a los padres de familia por la asistencia a los talleres	Diplomas	10 min.	Lesli Polanco, Lourdes Palacios, Cecilia Pérez.

## 8. Fotografías de Centro de Práctica



