

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, SECCIONAL BUCARAMANGA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO DE GRADO**

**MONOGRAFÍA**



**MANEJO DE CONTINGENCIAS EN UN CASO DE RETRASO MENTAL: UNA  
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE**

**Ps. OMAR ELÍAS TORRADO DUARTE**

**SUPERVISORA**

**Mg. Ps. AMPARO DURÁN MOSQUERA**

**BUCARAMANGA, COLOMBIA**

**2013**

**MANEJO DE CONTINGENCIAS EN UN CASO DE RETRASO MENTAL: UNA  
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE**

**Ps. OMAR ELÍAS TORRADO DUARTE**

**ASESORA**

**Mg. Ps. AMPARO DURÁN MOSQUERA**

**TÍTULO A OBTENER**

**ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA  
BUCARAMANGA 2013**

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGÍA	
Participantes	20
Instrumentos	25
Procedimiento	32
Resultados	35
DISCUSIÓN	49
AGRADECIMIENTOS	52
REFERENCIAS	53
ANEXOS	60

## **RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** MANEJO DE CONTINGENCIAS EN UN CASO DE RETRASO MENTAL: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE

**AUTOR:** OMAR ELÍAS TORRADO DUARTE

**FACULTAD:** FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SUPERVISORA:** Mg. AMPARO DURÁN

### **RESUMEN**

El presente estudio abarca el retraso mental desde la complejidad de las múltiples variables que afectan directamente la conducta de los individuos que lo padecen, las cuales deben ser atendidas en la valoración, diseño de planes de intervención y evaluación de avances alcanzados. se realizó un trabajo flexible que abarcó no sólo a la paciente como objetivo máximo del tratamiento, sino a sus cuidadores como actores imprescindibles para el manejo del trastorno y la valoración de sus consecuencias. mediante un estudio descriptivo, intrínseco de caso, con diseño no experimental, se identificaron avances en el nivel de funcionalidad de la paciente y el empoderamiento de sus cuidadores con las características funcionales del trastorno, aportándose un argumento más, para la apremiante necesidad de abordar el retraso mental desde una visión multicomponente.

**PALABRAS CLAVE:** retraso mental; intervención; cuidadores.

## **GENERAL SUMMARY OF DEGREE WORK**

**TITLE:** CONTINGENCY MANAGEMENT IN A CASE OF MENTAL RETARDATION: A MULTICOMPONENT INTERVENTION PROPOSAL

**AUTHOR:** OMAR ELÍAS TORRADO DUARTE

**FACULTY:** PSYCHOLOGY

**SUPERVISOR:** Mg. Ps. AMPARO DURÁN

### **ABSTRACT**

This study covers mental retardation from the complexity of the multiple variables that directly affect the behavior of individuals who suffer it, which must be addressed in the assessment, design of intervention plans and evaluating the progress. It was a flexible work that included not only the treatment's patient, also their caregivers as key players in the management of the disorder and the assessment of its consequences. Through a descriptive study, intrinsic case and no experimental design, were identified advances in the level of functionality of the patient, and empower caregivers with the functional characteristics of the disorder, providing another argument for the urgent need to address the mental retardation from a multicomponent vision.

**KEYWORDS:** *mental retardation; intervention; caregivers.*

## INTRODUCCIÓN

El retraso mental lejos de ser un trastorno que atañe una explicación unicausal y una sola forma de expresión, se constituye en una dificultad heterogénea, delimitada solamente por el funcionamiento de cada persona que la padece en su contexto particular (Artigas-Pallarés, 2006). Es así, como la comprensión del retraso mental requiere de una mirada multidimensional que estructure una definición que aborde la complejidad del fenómeno, como punto de partida para el estudio e intervención de las personas con dicho trastorno (Verdugo, 2003).

Al respecto, la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR por sus siglas en inglés) desde su fundación en el año 1876, ha realizado diversos aportes en la búsqueda de una definición para el retraso mental, con base en los adelantos científicos que para cada época se han producido sobre el asunto (Luckasson, et al., 2002). Una de las definiciones que ha representado mayor importancia para la comunidad científica, ha sido la publicada en la 9ª edición, en el año 1992, por significar un cambio de paradigma respecto al trastorno, quitando su foco de atención de la naturaleza del individuo, para adoptar una concepción basada en la interacción de éste y las características de su entorno (Verdugo, 2003).

Teniendo en cuenta la dinámica científica en torno al retraso mental, la AAMR planteó una nueva revisión de la definición publicada en 1992, en la que se enfatiza primordialmente el bajo nivel de inteligencia; por tanto, la 10ª edición, publicada en 2002 expresa con mayor claridad la naturaleza multidimensional del retraso mental (se propone una nueva dimensión: participación, interacciones y roles sociales), a la vez que presenta criterios que guían las buenas prácticas diagnósticas y la planificación de apoyos (Verdugo, 2003), correspondientes a estrategias que “promueven desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual” (Luckasson et al., 2002, p. 145).

De tal forma, la 10ª edición de la AAMR, plantea que el abordaje del retraso mental requiere la comprensión de cinco dimensiones que componen la vida de un individuo; la primera está dada por las *habilidades intelectuales*, que concibe la inteligencia como una capacidad general que encierra el razonamiento, la planificación, la solución de problemas, la abstracción, la comprensión, la velocidad para aprender y el uso funcional de las experiencias adquiridas. Esta categoría implica para su evaluación, el empleo de pruebas psicométricas estandarizadas que den a conocer el coeficiente intelectual (CI) del individuo, como medida objetiva de la inteligencia general (Luckasson, et al, 2002).

La segunda dimensión, *conducta adaptativa del individuo*, relacionada con la capacidad de emplear los propios aprendizajes para desenvolverse en la cotidianidad (Luckasson, et al., 2002), plantea para su evaluación una serie de instrumentos psicométricos, de los que se carecen propiedades de validez para las poblaciones de lengua castellana (Verdugo, 2003). La tercera dimensión (adoptada desde el año 2002), *interacciones del individuo y el rol social que desempeña*, implica para su evaluación, la observación minuciosa de las relaciones directas que establece el individuo con su mundo material y social, en la cotidianidad (Luckasson, et al., 2002).

La cuarta dimensión, *salud*, que en la definición propuesta en el año 2002, deja de lado la visión estrictamente psicopatologizadora, para adoptar el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud, donde se entiende a ésta, como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" (Schwartzmann, 2003, p. 14); implicando una comprensión de los efectos de la salud física y mental sobre el funcionamiento de la persona, además de los ambientes que determinan los apoyos apropiados. Finalmente, la quinta dimensión comprende el *contexto del individuo*, donde se contemplan tres niveles diferentes en los que se enmarca la vida del mismo: microsistema o el espacio social inmediato; mesosistema, comunidad en la que cada individuo obtiene la atención educativa, sanitaria o de vivienda necesaria; y macrosistema, o directrices generales en las que se enmarca el contexto del individuo, desde el ámbito

cultural y político; la evaluación de esta última dimensión requiere del criterio clínico para analizar las características que fortalecen o disminuyen la funcionalidad del individuo con retraso mental, en torno al contexto en que se desenvuelve (Luckasson, et al., 2002).

Por tanto, el modelo multidimensional generado por la AAMR, comprende al retraso mental como una condición particular de funcionamiento con inicio en la infancia, afectada por la calidad de las interacciones del individuo y que indudablemente, es multidimensional; así, las características cognitivas y conductuales de una persona con retraso mental resultan de la interacción bidimensional entre éste y su ambiente (Verdugo, 2003). Por otra parte, el establecimiento de un diagnóstico de retraso mental debe evaluar cada una de las dimensiones de funcionamiento y su relevancia estará dada por su propósito, ya sea clasificar el trastorno o planificar un sistema de apoyos, teniendo en cuenta, no sólo las características personales, sino de interacción (ver figura 1) (Luckasson, et al., 2002).

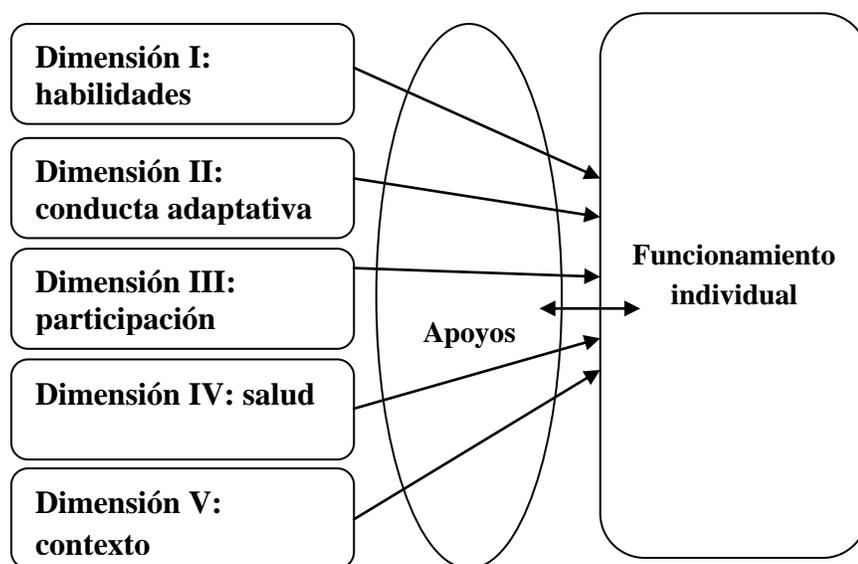


Figura 1. Modelo teórico del retraso mental  
Fuente: (Luckasson et al, 2002, p.10)

En coherencia, la OMS concibe el retraso mental como un trastorno que implica limitaciones en el funcionamiento cognitivo, de lenguaje, motor y social de un individuo, disminuyendo su capacidad de adaptación a las demandas

cotidianas del contexto; así, la OMS coincide con la AAMR en que: las pruebas psicométricas estandarizadas en contexto constituyen una guía importante para la generación de un diagnóstico; el retraso mental es una constante en la vida del individuo por su relación directa con un pobre desarrollo del sistema nervioso central; y los pacientes con retraso mental son altamente vulnerables a las enfermedades físicas y a otros trastornos mentales, implicando una mayor atención por parte de los profesionales del cuidado de la salud (OMS, 2011).

Así mismo, la OMS a través de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), describe 6 categorías del trastorno: *Leve (código F70)*, determinado por un CI entre 50 y 69, y por la lenta adquisición de algunas habilidades como el lenguaje, la lectura, la escritura o el pobre autocuidado, sin embargo pueden llegar a desenvolverse de manera acertada en el medio social, aunque las dificultades emocionales deterioran sus pautas relacionales; *moderado (F71)*, que comprende un CI entre 35 y 49, además de un dominio limitado del lenguaje (hablado y escrito), alteración de la capacidad de autocuidado y requiere en la mayoría de los casos, una supervisión constante para la incorporación social y laboral; *Grave (F72)*, caracterizado por un CI entre 20 y 34, por mayores limitaciones cognitivas que el retraso mental moderado, y es común que los individuos presenten una marcada dificultad motora; *Profundo (F73)*, categoría en la que el CI es menor que 20, e implica para los afectados, severas limitaciones en el desarrollo del lenguaje, en su movilidad y control de esfínteres, requiriendo así, de supervisión constante en casi todas las áreas de funcionamiento. Posteriormente, se encuentra la categoría, *otros tipos de retraso mental (F78)*, elaborada para clasificar el trastorno con alto nivel de dificultad en su evaluación, a través de las técnicas tradicionales, debido a déficits sensoriales o físicos (ceguera, sordomudez y alteraciones conductuales), en último lugar, se encuentra el retraso mental sin especificación (F79), donde existe evidencia de un retraso cognitivo, aunque sin la información suficiente para categorizar al individuo (OMS, 1989).

Ahora bien, la 4ª edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés), referencia, en coherencia con las definiciones ya vistas, al retraso mental como una capacidad intelectual inferior a la media, que altera el funcionamiento en actividades cotidianas y tiene su inicio antes de los 18 años. Así mismo, plantea las mismas categorías para delimitar el nivel de intensidad o insuficiencia del retraso mental que la CIE-10, a excepción de la clasificación *otros tipos de retraso mental (F78)*. Adicionalmente, varía levemente la puntuación del CI para cada categoría (APA, 2003). La tabla 1 señala el nivel de intensidad del retraso mental y su relación con la incidencia en la población afectada por el trastorno. Es de tener en cuenta, que según el DSM-IV el retraso mental *no especificado*, es aquel que presenta alta dificultad para el establecimiento del CI (APA, 2003).

Tabla 1. Nivel de intensidad del retraso mental en relación con la incidencia en la población afectada.

Código DSM-IV	Nivel de intensidad del retraso mental	CI	Incidencia en la población afectada
[317]	Leve	entre 50-55 y 70	± 85 %
[310.0]	Moderado	entre 35-40 y 50-5	± 10 %
[318.1]	Grave	entre 20-25 y 35-40	± 3-4%
[318.2]	Profundo	< 20 ó 25	± 1-2%

Fuente: APA, 2003

Frente a la etiología del trastorno, la APA a través del DSM-IV contempla componentes biológicos y psicosociales, aunque destaca que en una ocurrencia entre 30% y 40% de los pacientes atendidos, la etiología del diagnóstico no puede establecerse a pesar de las valoraciones clínicas (APA, 2003). Entre tanto, se refieren como principales factores predisponentes del retraso mental la herencia de errores innatos del metabolismo (±5% de incidencia) principalmente por mecanismos recesivos autosómicos (enfermedad de Tay-Sachs, Síndrome de Hurler) (Fost, 2012; Tolar, et al., 2001); también están las alteraciones tempranas

del desarrollo embrionario ( $\pm 30\%$  de incidencia), que comprenden alteraciones cromosómicas (síndrome de Down y de Edwards) o las afectaciones prenatales por toxinas (síndrome alcohólico fetal o infecciones: toxoplasmosis, sífilis, hepatitis, rubéola); problemas del embarazo y perinatales (aproximadamente un 10%), donde se incluyen la malnutrición fetal, nacimientos prematuros, hipoxia, lesión cerebral traumática prenatal y obstétrica (Calderón-González & Calderón-Sepúlveda, 2003).

Seguidamente se reportan las enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez (aproximadamente un 5%) que incluyen encefalitis, meningitis bacterianas (Fernández-Jaén, 2006), traumatismos y envenenamiento por metales pasados (plomo, arsénico, mercurio, cadmio); Influencias ambientales y otros trastornos mentales (aproximadamente un 15-20%), donde se encuentra la pobre estimulación en el proceso de crianza, en el contacto social, baja exigencia lingüística y otras capacidades cognitivas (atención, percepción, memoria), factor relacionado con la condición de pobreza (Calderón-González & Calderón-Sepúlveda, 2003), además de la presencia de otros tipos de trastornos mentales, como el autismo (APA, 2003).

Frente a la prevalencia global del retraso mental, Maulik, Mascarenhas, Mathers, Dua y Saxena (2011), demuestran mediante una revisión de 52 investigaciones realizadas entre los años 1980 y 2008, en 36 países, donde se registra la tasa del retraso mental en cada nación (aunque Colombia no aporta datos en esta revisión), que los estudios que basan la prevalencia del retraso mental en los resultados de pruebas psicométricas, estiman el trastorno en 14,3 de cada 1.000 individuos (1,43%); los estudios que usan escalas diagnósticas, como el DSM y el CIE, presentan una prevalencia de 8.68/1000 (0,86%) individuos; mientras que los estudios que basan sus análisis del trastorno según escalas de discapacidad, muestran la menor prevalencia, 6.41/1000 (0,64%); en general, a través de un balance estadístico, se encontró una prevalencia global de 10.37/1000 individuos (1,03%).

Por otra parte, el retraso mental no presenta características físicas o neuroanatómicas generales, sino que éstas dependen de la etiología del trastorno, es decir, si el retraso mental es debido a un síndrome específico (como, X frágil, Hurler), el paciente demostrará las características clínicas particulares generadas por dicho síndrome (APA, 2003); por ejemplo, en el caso particular del síndrome de X frágil, establecido como la principal causa de discapacidad del desarrollo neurológico heredado (origen de 10% de los casos de retraso mental) (Novell, Rueda, Salvador & Forgas, 2003), causado por una mutación del gen *FMR1* en el cromosoma X, que regula la traducción de numerosas proteínas esenciales para el desarrollo cerebral; se ha demostrado, que los individuos que presentan este síndrome, exhiben, a través de exámenes cerebrales, como el análisis de la volumetría, morfología basada en Voxel (*VBM* por sus siglas en inglés) y la superficie cerebral, un tamaño significativamente menor del lóbulo frontal y temporal, que sujetos sanos; adicionalmente se reportan anomalías neuroanatómicas en el circuito amígdala-corteza orbitofrontal, que participa en la regulación de la conducta emocional y social, y que se relaciona con las características clínicas del síndrome en cuestión, como la ansiedad social y el contacto visual reducido (Gothelf, et al., 2008).

Entre tanto, así como el retraso mental acarrea particularidades en el rendimiento cognitivo de los individuos, también se evidencian características conductuales que dificultan la adaptación al contexto social, ya que provocan aislamiento y estigmatización. Al respecto, en la literatura se señala que la tasa de prevalencia de las enfermedades mentales en sujetos sanos, es del 30%, mientras que en las personas con retraso mental, la prevalencia varía entre el 20% y el 65% (Salvador-Carulla, Rodríguez-Blázquez, Velásquez & García, 2007), es importante señalar, que para el contexto colombiano no se cuenta con datos sobre este hecho (Córdoba, Restrepo, Tamayo, Peña & Verdugo, 2010).

Entre los principales factores que influyen en la adquisición de patrones conductuales desadaptativos, en las personas con retraso mental, están: la baja tolerancia a la frustración, estrategias de afrontamiento inadecuadas, baja

capacidad de resolución de problemas y alteración del juicio (Novell, et al., 2003); aunque se reporta en la literatura, como la principal causa de alteración de la conducta en estos pacientes, el pobre manejo del lenguaje formal (González, 2001), propiciado por variables como la calidad de la relación con los padres, familiares y allegados, falta de apoyo emocional, antecedentes de abuso sexual y/o psicológico, percepción de malestar psicológico del cuidador, que se refleja en alteración del vínculo con el paciente, y acontecimientos vitales significativos (Novell, et al., 2003).

Teniendo en cuenta que no existe un determinante biológico que explique la agresividad o los trastornos de conducta de una persona con retraso mental, el pobre manejo del lenguaje formal como canal de comunicación e intercambio social, constituye una causa primordial para la expresión de conductas agresivas o desadaptativas, pues es una forma de llamar la atención o una estrategia para conseguir lo que se quiere; por tanto, la agresividad y los *berrinches* son conductas sociales controlables y modificables al ser tomadas como señales comunicativas, así, el manejo medicamentoso es un recurso útil, aunque debe estar acompañado de intervenciones basadas en el desarrollo del lenguaje y habilidades sociales (González, 2001).

Las alteraciones de conducta en los pacientes con retraso mental sugieren un reto para los cuidadores formales e informales, pues implica incrementar el esfuerzo realizado para procurar el bienestar del individuo, no sólo centrándose en el fortalecimiento de las actividades básicas para la autonomía, sino la implementación de estrategias complejas de manejo conductual, que en muchas ocasiones afecta la estabilidad emocional de los cuidadores, por tratarse de frustraciones en su labor de mejoramiento de la calidad de vida del paciente (Novell, et al., 2003). Adicionalmente, el manual de Criterios Diagnósticos para los Trastornos Psiquiátricos, (DC-LD por sus siglas en inglés) establece como principales dificultades conductuales presentadas por los pacientes con retraso mental: la agresividad verbal, las conductas oposicionales, la agresividad física, las conductas de demanda, las conductas destructivas, la deambulación, las

conductas autolesivas, los problemas conductuales mixtos, las conductas sexuales inapropiadas, entre otros problemas de conducta. Así mismo, se ha reportado que a mayor edad del individuo, menor es la intensidad y frecuencia en la aparición de estas conductas, aunque la profundidad del retraso mental se relaciona con la aparición de éstas (Novell, et al., 2003).

Adicionalmente, las conductas problemáticas de los pacientes con retraso mental pueden clasificarse en dos categorías: conductas disóciales y conductas no disóciales. Las primeras abarcan comportamientos disruptivos de alta intensidad, frecuencia y duración, causando en ocasiones peligro para la propia integridad y la de otros individuos; éstas, suponen una clara transgresión de las normas sociales e implican siempre una alteración de la actividad y la participación social del individuo; por otra parte, las conductas no disóciales, causantes de restricción en la participación, no constituyen un riesgo para el paciente ni para su entorno, aunque implican alta interferencia en la integración del sujeto con la comunidad, limitando la utilización de los recursos disponibles, estas conductas no logran llamar la atención de los cuidadores pues se caracterizan por la pasividad, las estereotipias de balanceo, aislamiento, aunque pueden ser de tipo perturbador, como las escapadas, los gritos y la demanda constante de atención (Novell, et al., 2003).

En suma, las alteraciones conductuales (C) resultan de la relación entre la condición individual (P), médica, psiquiátrica y psicológica, con las condiciones estimulantes o adversas del entorno (E):  $C = P \leftrightarrow E$  (Oyama, Griffiths & Gray, 2003). Por otro lado, cabe resaltar que la mayoría de las conductas desadaptativas se manifiestan en el hogar y con integrantes de la familia (González, 2001), por lo que es necesario que los recursos de intervención, no se encaminen exclusivamente a la búsqueda del bienestar del individuo, sino que se preocupen también por su entorno familiar, cuyos miembros suelen presentar afectaciones psicológicas por la carga emocional y pragmática que un pariente con diagnóstico de retraso mental acarrea (Dew, Balandin, & Llewellyn, 2008)

Diversos estudios (Cuskelly&Gunn, 2006; McMillan, 2005; Stoneman, 2005; Swenson, 2005) señalan consecuencias positivas que acarrea para las familias un pariente con retraso mental, como la adquisición de sentido de justicia social, desarrollo de un sentido de protección de los otros, lealtad, comprensión y aceptación de las diferencias, desarrollo de la empatía; aunque las señaladas consecuencias positivas, no eximen a los familiares de presentar diversas afectaciones de tipo emocional y afectivo, a raíz de la convivencia con un paciente con el trastorno, como las señaladas por Dykens (2006): cansancio, vergüenza, resentimiento, celos, ansiedad, sobrecarga. Lo anterior indica que la visión bidimensional (aspectos positivos y negativos) de la relación familia-paciente, permiten tener una comprensión más completa sobre el trastorno.

Para el caso específico de los padres de personas diagnosticadas con retraso mental, Lozano y Pérez (2000), resaltan que la sola detección del trastorno constituye un hecho desestabilizador, que los obliga a afrontar la ansiedad propia de la crianza de los hijos, más la incertidumbre que generan los factores estresantes añadidos por la limitación cognitiva; es de anotar, que la reacción generada por el diagnóstico es particular a cada progenitor y depende de circunstancias como la forma en que se notifica el diagnóstico, los recursos personales para afrontar situaciones problemáticas y las expectativas que se tienen hacia el hijo. No obstante, se han identificado algunas reacciones y sentimientos comunes estimados en tres fases: la primera corresponde al *shock inicial*, enmarcado por la incredulidad y la conmoción; la segunda corresponde a la *fase de reacción*, donde los padres experimentan sentimientos de protección hacia el niño, dolor y pérdida del niño, resentimiento-culpabilidad, ansiedad, incompetencia y verificación del diagnóstico. Finalmente, está la *fase funcional*, donde los padres emprenden acciones para comprender las características del diagnóstico y las estrategias necesarias para mejorar la calidad de vida de su hijo y de la familia (Lozano &Pérez, 2000).

La *fase funcional*, supone tanto para la familia como para los sistemas de intervención, una fase crítica para el mejoramiento de las condiciones de vida del

paciente, para el funcionamiento del núcleo familiar y para el adecuado cumplimiento de los propósitos de intervención. Además, se señala el término *carga familiar*, para referirse a las afectaciones de tipo relacional, emocional y social, que deben afrontar los familiares de un paciente con retraso mental, donde se destacan principalmente tres problemáticas: rigidez en la interacción familia-hijo con retraso mental, donde los integrantes de la familia pueden asumir un rol de sobreprotección, restringiendo los efectos positivos de los procesos de intervención que se adelantan, pues no permiten el potenciamiento de las habilidades del paciente; rigidez entre los servicios asistenciales y la familia, con la que los sistemas de intervención suelen cargar la responsabilidad a los padres, por la mínima evolución que el paciente pueda presentar; finalmente, están los cambios en roles y funciones familiares, especialmente cuando existen otros hijos sanos, pues estos suelen asumir parte de la responsabilidad del cuidado del paciente y suplir la actividades en que éste podría cooperar (Lozano & Pérez, 2000).

Como ya se ha señalado, un miembro de la familia con retraso mental, suele alterar de algún modo el funcionamiento y la estructura familiar, sin embargo, la responsabilidad del cuidado del paciente, en el ámbito familiar, suele ser asumida por un sólo miembro (aunque reciba apoyo de los demás), que debido a patrones socioculturales suele ser la madre (77% de los casos). A la persona que asume la responsabilidad general del cuidado del paciente, se le denomina cuidador primario, cuya dinámica de vida tiende a modificarse trascendentalmente, desde los ámbitos laboral, académico, personal y social; por lo que la extenuación o percepción de malestar por la sobrecarga, es cuestión de tiempo; así, la atención psicológica al cuidador primario propicia que éste se encuentre en condiciones óptimas para brindar calidad a la persona con retraso mental, en consideración de sus necesidades de apoyo generalizado (Lozano & Pérez, 2000).

Lo anterior, teniendo en cuenta que los trastornos generalizados del desarrollo, y en el caso específico, el retraso mental, constituye una alteración que no puede ser curada, pero sí manejada a través de apoyos constantes que

propicien en el paciente la adquisición de habilidades básicas para el cuidado de su salud, el desarrollo de las funciones cognitivas y su desenvolvimiento social (Matos & Mustaca, 2005); al respecto, diversos autores (Alessandri, Thorp, Mundy & Tuchman, 2005; Matos & Mustaca, 2005; Gardner, 2009) reportan la importancia de intervenir simultáneamente al paciente y su contexto, a fin de lograr un manejo de los factores que disponen la adquisición de conductas desadaptativas y que limitan el desarrollo de habilidades para la vida diaria. Así mismo, se reporta que las técnicas conductuales representan mayor eficacia en cuanto mayor nivel de intensidad presente el trastorno (González-Brignardello & Carrasco, 2006).

De esta manera, el análisis conductual aplicado se constituye en un modelo de intervención efectivo para el manejo apropiado de los trastornos del desarrollo, aplicando la teoría del aprendizaje para en la adquisición de habilidades o aptitudes socialmente significativas (Alessandri, et al., 2005). El análisis conductual aplicado basa su funcionamiento en tres elementos fundamentales: un antecedente, la conducta a modificar y la consecuencia. El antecedente corresponde al estímulo que propicia en el individuo la aparición de una respuesta determinada (conducta objetivo) y la consecuencia, comprende la retroalimentación que recibe el individuo por su respuesta, y que puede expresarse de cuatro maneras, agrupadas en pares por su función de favorecer o perjudicar la ocurrencia de la conducta objetivo. Al respecto, el reforzador positivo (introducción de un estímulo que genera bienestar personal) y el reforzador negativo (eliminación de un estímulo que genera malestar individual) favorecen la aparición de la conducta, mientras que el castigo positivo (introducción de un estímulo desagradable) y el castigo negativo (eliminación de un estímulo agradable), comprenden consecuencias que favorecen la desaparición de la conducta (Drossel, Garrison-Diehn & Fisher, 2009).

Continuando con lo anterior, la consecuencia en el proceso de modificación de la conducta, resulta más efectiva si aparece inmediatamente después de la conducta o respuesta objetivo, además, la aparición de un reforzador o castigo, ante una respuesta incorrecta (o indeseada) no permite al individuo la asociación

entre el antecedente, la conducta y la consecuencia (contingencia), perjudicando el proceso de aprendizaje y modificación de conducta que se busca. A fin de facilitar la aparición de una conducta deseada, aparecen técnicas como el modelado (indicar la manera apropiada de actuar), el moldeamiento (enseñar una conducta de lo más simple a lo más complejo) y el encadenamiento (dividir una actividad en varios pasos pequeños y secuenciales) (Drossel, et al., 2009).

En suma, dentro de la complejidad del comportamiento humano se encuentran inmersas diversas características del contexto próximo que favorecen o no que un individuo decida efectuar u omitir determinada conducta, en razón de la retroalimentación que recibe de su ambiente (Drossel, et al., 2009). La aplicación clínica de este modelo teórico, implica para el manejo de los trastornos generalizados del desarrollo, el entrenamiento de los familiares del paciente, en el manejo adecuado de las contingencias, pues el contexto familiar, constituye un factor consecuente, etiológico y/o mantenedor de las conductas catalogadas como inapropiadas (González-Brignardello & Carrasco, 2006), lo cual se ve representado en la postura de Wilson, Lipsey y Derzon (2003), quienes sostienen que las intervenciones conductuales y el asesoramiento familiar en el manejo de contingencias, demuestran la mayor efectividad y perdurabilidad en el tratamiento de las conductas inapropiadas.

Entre tanto, desde el punto de vista del manejo de contingencias, cualquier plan de intervención diseñado y ejecutado, puede fracasar si los integrantes del primer grupo de apoyo del paciente (cuidadores formales e informales), no participan de su planeación y ejecución o no son conscientes de la importancia de la intervención a realizar o simplemente, no cuentan con la capacitación adecuada para comprender los fundamentos elementales del manejo de las contingencias (Novell, et al., 2003). Este último aspecto pone de manifiesto la importancia de una intervención multidimensional del retraso mental, que abarque al individuo, su familia (cuidadores informales) y sus cuidadores formales, a fin de que el contexto en que se desenvuelve la persona, esté en coherencia con la intervención clínica que se realiza.

En coherencia con el marco teórico descrito, en el presente estudio de caso se ha formulado como objetivo general, aumentar el nivel de funcionalidad de una paciente con retraso mental no especificado (IVh) en relación con las actividades básicas cotidianas y con sus relaciones familiares, institucionales y sociales; para lo cual fue necesario desarrollar objetivos específicos que permitieran su cumplimiento, los cuales se ejecutarían en dos fases, la fase de formulación del caso y la fase de intervención. En la primera fase, fueron considerados los objetivos: identificar las pautas relacionales que posiblemente desencadenan las conductas disruptivas, en el contexto familiar e institucional (análisis funcional); establecer estímulos reforzadores a los que la paciente demuestre interés y los estímulos físicos que faciliten bloquear la conducta inadecuada, a fin de emplear los primeros para aumentar la frecuencia de aparición de sus conductas adaptativas y los segundos en disminuir conductas disruptivas, además, estos dos tipos de estímulos serían empleados en capacitaciones a los cuidadores

formales y no formales de IVh.

Seguidamente, en la fase de intervención se emplearon los siguientes objetivos específicos: disminuir en la madre (principal cuidadora no formal) la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa, originada por la tarea de atender a su hija y por dificultades en su relación de pareja y familiar; aumentar el auto reconocimiento de figura de autoridad en la madre y brindar estrategias de manejo conductual a ésta, para que la relación entre madre e hija sea más armónica; capacitar en técnicas conductuales a los cuidadores formales; e implementar tareas de exigencia cognitiva que propicien en IVh el fortalecimiento de su funcionalidad en actividades básicas cotidianas.

## **Método**

El presente trabajo corresponde a un estudio intrínseco de caso, de tipo descriptivo con diseño no experimental, que incluye datos cuantitativos y cualitativos, el cual se acoge a los parámetros científicos, técnicos y administrativos para la investigación con seres humanos, establecidos en las

normas éticas colombianas para la investigación, indicados por el Ministerio de Salud, en Resolución 8430 de 1993; y el proceso terapéutico desarrollado estuvo regido por el código bioético y deontológico de la profesión del psicólogo, establecido en la Ley 1090 de 2006.

### **Participantes**

IVh es una mujer soltera, sin hijos, de 25 años de edad, con diagnóstico de retraso mental no especificado, procedente de la ciudad de Barrancabermeja, se encuentra institucionalizada (de tiempo completo) desde octubre de 2012, en la Asociación para un Mejor Futuro, Elogios, ubicada en la ciudad de Bucaramanga, con salidas ocasionales a su hogar, específicamente en temporadas vacacionales o en situaciones esporádicas en que su madre (IMM) requiere de su presencia para realizar trámites en Barrancabermeja.

Entre las características funcionales de IVh, se resalta que nunca ha estado en el sistema educativo formal, presenta pobre motricidad fina, bajo nivel atencional, apego inseguro-ambivalente (según los postulados de, Velasco, 2011) hacia su madre, cuenta con adecuada ubicación espacial y de persona, aunque no demuestra orientación temporal, memoria a largo plazo disminuida, aunque puede desarrollar tareas de memoria de trabajo y memoria a corto plazo, presenta baja capacidad atencional, comprende y ejecuta instrucciones concretas. En cuanto a su capacidad lingüística, IVh evidencia léxico reducido, dificultades para comprender y producir oraciones compuestas, presentando lenguaje telegráfico. Frente a sus pautas relacionales, demuestra interacción social pasiva, observa e imita frecuentemente a sus compañeros de institución, participa de actividades grupales y expresa conductas agresivas ante situaciones de frustración, limitando el desarrollo armónico de sus interacciones con familiares, cuidadores y demás personas que puedan ser foco de su frustración. Entre sus respuestas a la frustración, se destacan los golpes con miembros superiores (puños) e inferiores (patadas), gritos, arañar, arrojar objetos y tirarse al suelo.

A continuación, en la figura 2 se presenta un esquema que recopila las relaciones funcionales identificadas en IVh respecto a su mamá IMM, desde un modelo causal analítico funcional, basado en el procedimiento de Haynes (1997), donde además, se adhiere el papel de cada variable dentro de una contingencia sencilla (antecedente, respuesta y consecuencia) (ver figura 2).

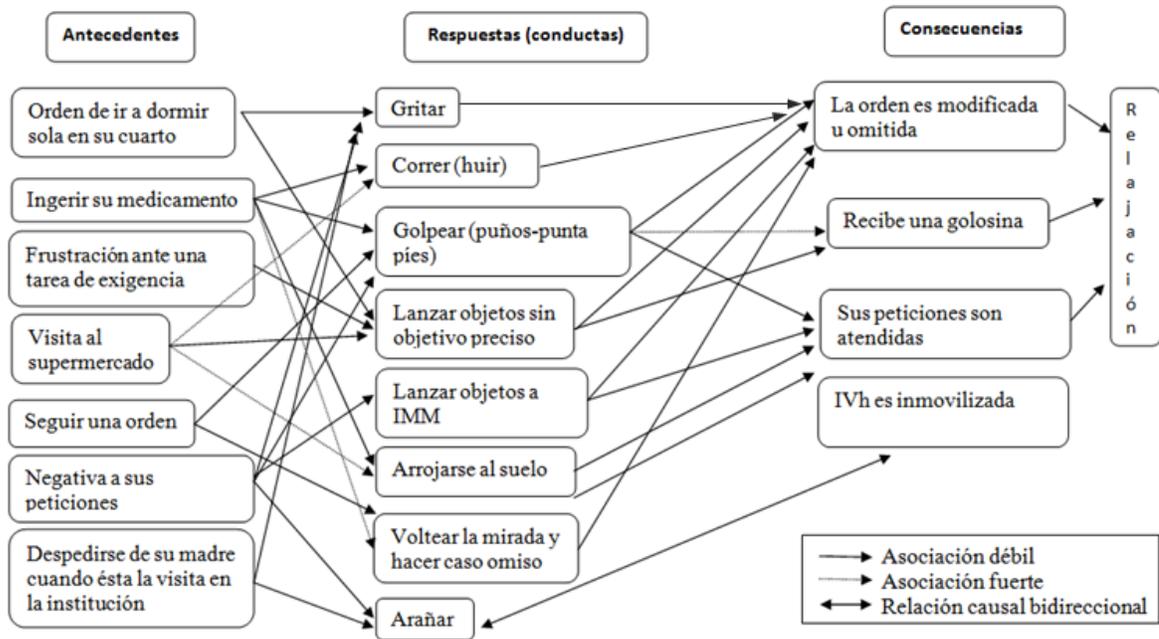


Figura 2. Relaciones funcionales causales del repertorio de conductas desadaptativas de IVh.

Ante lo anterior, cabe acotar que no se descarta la presencia de desencadenantes biológicos, como dolores estomacales, dolores de cabeza, efectos secundarios de los medicamentos o componentes neurológicos propios del trastorno; los cuales originarían algunas de las conductas desadaptativas descritas, y que son de difícil detección, debido al escaso nivel de verbalización de IVh.

Dentro de sus antecedentes familiares, IVh nace en un ambiente familiar de estrato socioeconómico 2, donde se presenta violencia conyugal, pues su madre reporta haber recibido golpes severos durante el periodo de gestación (en la semana 30 de gestación) de IVh, por parte de su conyugue (padre de IVh). Cuando IVh tenía 2 años (1989) sus padres sospechan por primera vez de la

existencia de algún tipo de retraso mental, debido a episodios convulsivos presentados por IVh, además de identificar un leve atraso en su desarrollo cognitivo y motor, aunque por cuestiones culturales, el padre no permite realizar los estudios clínicos pertinentes. Debido al bajo control de impulsos y su baja tolerancia a la frustración, IVh es remitida periódicamente de las instituciones de educación especial (aproximadamente cada 6 meses), impidiendo la continuidad en su proceso formativo. A continuación, la figura 3 muestra el famioliograma de IVh (ver figura 3).

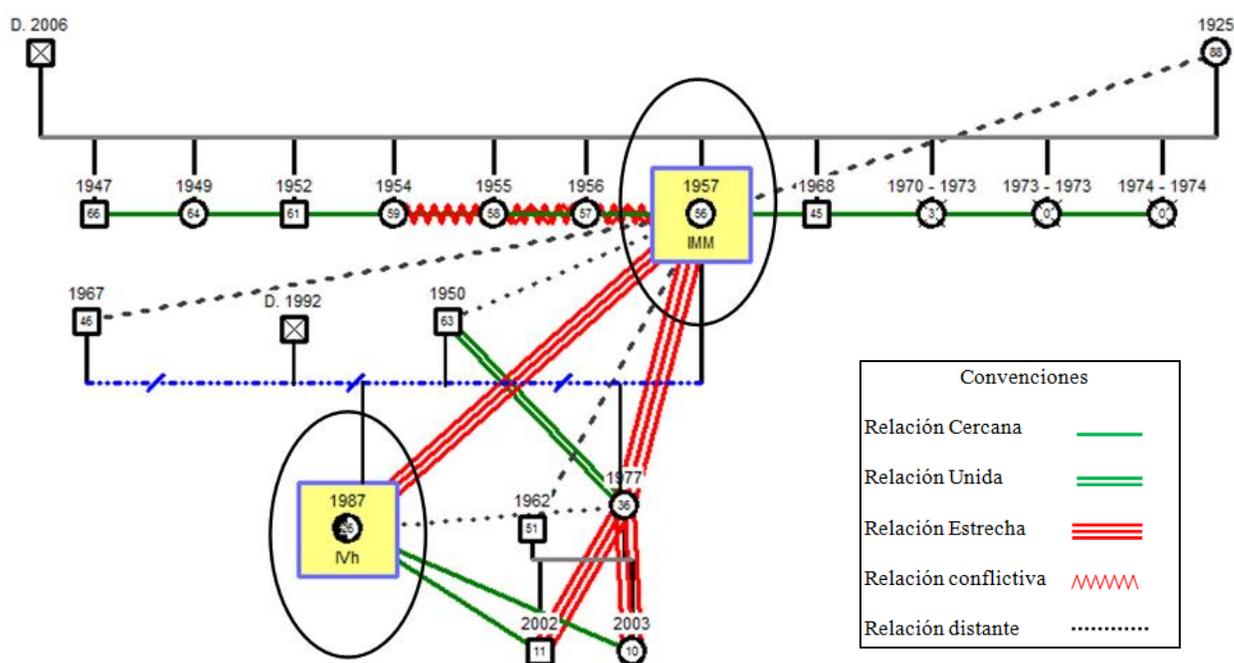


Figura 3. Representación gráfica de las relaciones vinculares de IVh con los miembros de su familia nuclear y extensa.

En cuanto a los aspectos de salud física, IVh presenta distensión abdominal (diagnóstico a los 13 años), síndrome de flatulencia intestinal sin obesidad (diagnóstico a los 13 años) epilepsia focal crónica (diagnóstico a los dos años), esta última relacionada con una de las cirugías practicadas a IVh, reparación de fractura ósea en la clavícula, debido a un golpe recibido durante una crisis epiléptica (a la edad de dos años); y la otra cirugía corresponde a la ligadura de trompas (*Pomeroy*, a la edad de 12 años). A continuación se referencia la medicación que IVh recibe: *Lamictal* (100 g.), para el control de crisis tónico-

clónicas generalizadas (antiepileptico); *Olanzapina*, *antipsicótico* atípico con leves efectos extra piramidales (movimientos involuntarios lentos), puede producir sedación, mareo, náuseas y aumento notable de peso; *Sinogan* (100 g.), neuroléptico fenotiazínico, indicado para ansiedad y alteraciones autonómicas, de la personalidad y emocionales; finalmente está el *Lorazepam*, que tiene un efecto predominantemente ansiolítico.

De otra parte, considerando el postulado de *manipulación ecológica* en la intervención del retraso mental (Novell, et al., 2003), este estudio amplió su margen de acción al ámbito familiar institucional de IVh; involucrando a su madre (IMM), mujer de 55 años, que presenta verbalización coherente y fluida, además de una actitud receptiva frente al desarrollo del proceso terapéutico. Según puntuación obtenida (27) en el Examen Mental Abreviado (Rosselli, Árdila, Pradilla, Morillo, Bautista, Rey O, et al., 2000), IMM no presenta deterioro cognitivo, contando con adecuada ubicación espacio-temporal y capacidad mnémica y atencional apropiada; se involucra en el proceso terapéutico reportando sentirse “deprimida”, con ideación suicida desde hace 6 años, debido a constantes dificultades en su anterior relación sentimental (10 años de duración) y al rechazo percibido por parte de algunos miembros de su familia, debido a las conductas desadaptativas de IVh, quien además, reclama supervisión constante. Lo anterior, llevó a que IMM fuese diagnosticada por psiquiatría, con *síndrome de cuidador* en el año 2011, lo que ocasionó el ingreso de IVh a la institución Elogios. El grupo de apoyo de IMM se reduce a su hija mayor y un vecino, a quien describe como su “soporte”, y con quien ha contemplado la opción de establecer una relación sentimental, aunque dice no estar preparada. La tabla 2 muestra las relaciones funcionales identificadas en IMM, desde el modelo causal analítico funcional (Haynes, 1997), incluyendo las relaciones de contingencia que tienden a mantener las conductas generadoras de malestar en IMM) (ver tabla 2).

Tabla 2. Relaciones funcionales causales de diversas conductas de IMM.

Antecedentes	Respuestas			Consecuencias
	Emocional	Cognitiva	Conductual	
Escuchar música romántica	Tristeza	“No me aceptan con IVh”	Aislamiento social	Recibe la atención de su hija mayor y de su hermana. Es considerada por sus allegados como una mujer con una vida dura, por lo que consigue el apoyo de estos.
La necesidad de salir sola a realizar una diligencia	Ansiedad / Tristeza	“Una mujer sola no es respetada”	Aislamiento social / Llamar a su vecino	Recibe el apoyo de su hija, de su hermana y de su vecino, quien suele ofrecerse para acompañarla.
Reuniones familiares	Tristeza	“Todos tienen una pareja estable e hijos en la universidad”	Aislamiento social	No asiste a las reuniones / es rechazada por una de sus hermanas, quien la acusa de no involucrarse con su familia.
Permanecer sola en casa	Tristeza / Ansiedad	“Si me pasa algo nadie se dará cuenta”	Llamar a su vecino	El vecino accede a visitarla y en ocasiones cocina para ella.
Conductas agresivas de IVh	Ansiedad / Ira	“Yo no puedo controlar a IVh”	Ceder en los requerimientos de IVh	Relajación de IVh
Ofrecer charlas instructivas en su trabajo como monitora de madres comunitarias	Alegría	“Siento que con mis conocimientos ayudo a las demás señoras”	Tomar las sugerencias de las participantes de sus charlas, para mejorar su metodología	Obtiene el reconocimiento por parte de sus supervisores.
Conocer nuevas personas (hombres) que su hija le presenta	Alegría / Ansiedad	“Puedo tener una nueva amistad” / “la gente se puede aprovechar de mí porque estoy sola”	Establecer contacto frecuente con la persona / Interrumpir la comunicación con esa persona	Obtiene atención social / su hija y su hermana le presentan más personas

Finalmente, fueron incluidos en el proceso de intervención, nueve cuidadores formales (ocho mujeres y un hombre) que hacen parte del equipo de trabajo multidisciplinario de la institución Elogios, y que se encargan de implementar diversas estrategias psicopedagógicas, para el cuidado y desarrollo cognitivo de los beneficiarios de dicha institución.

## **Instrumentos**

Para el desarrollo del presente estudio de caso, se emplearon diversas técnicas de recolección de información (cuantitativas y cualitativas) y de intervención, las cuales serán descritas a continuación, en relación con su propósito con los participantes y el desarrollo del estudio. Previamente al inicio de cualquier tipo de intervención, fueron empleados tres formatos de consentimiento informado, el primero (ver anexo 1) con el propósito de registrar la autorización escrita de IMM, sobre la participación de su hija IVh (dado el estado de vulnerabilidad de IVh) en el proceso terapéutico desarrollado en el marco de una práctica profesional para la obtención del título de especialista en psicología clínica en la Universidad Pontificia Bolivariana, en el cual, se desarrollarían actividades de evaluación e intervención clínica, dentro de los estándares de la teoría conductual, con el fin de evaluar y tratar determinadas pautas conductuales en IVh; adicionalmente, este formato solicita la autorización para divulgar la información parcial o total recopilada en el proceso desarrollado, bajo el derecho a la confidencialidad que cobija al consultante, por lo que se apela al uso de un código de identificación.

El segundo formato de consentimiento informado (ver anexo 2), registra la autorización escrita que hace IMM sobre su propia participación en el proceso terapéutico, como parte de la intervención integral que se establece para IVh, resaltándose por tanto, el uso de técnicas de evaluación e intervención desde la teoría conductual, aunque en este caso específico, se adhiere un componente del enfoque cognitivo. Finalmente, el tercer formato de consentimiento informado (ver anexo 3), estuvo dirigido a los cuidadores, donde se solicita su autorización para participar en la evaluación del propio nivel de agotamiento físico y psicológico debido al trabajo que realizan; los tres formatos de consentimiento informado, expresan a quien va dirigido, que cualquier práctica profesional del psicólogo aspirante al título de especialista en psicología clínica, está acogida al código ético y deontológico, establecido en la Ley 1090 de 2006.

Técnicas e instrumentos de evaluación

En cuanto a las técnicas de evaluación, con el propósito de establecer las pautas conductuales de IVh en su medio social, abarcando las relaciones con sus pares (compañeros de instituto), cuidadores y familiares, se empleó el análisis documental, la entrevista no estructurada (con cuidadores e IMM) y la observación en los diferentes niveles de participación del investigador, como medios de triangulación de la información recolectada. El análisis documental, consiste en una técnica efectiva para recoger información cualitativa, a través de la revisión de documentos relacionados con el objeto de investigación (Hernández, Fernández & Baptista, 2010), fue implementada con el consentimiento de las directivas de la Asociación para un Mejor Futuro Elogios, y los documentos revisados fueron, la historia clínica y el kardex médico, en el que se detalla la medicación que recibe IVh, documentos que brindan una comprensión inicial sobre los componentes biológicos y conductuales de la participante; la entrevista no estructurada o abierta, basada en una orientación general sobre el fenómeno a indagar, en la que el investigador posee la libertad de abarcar las temáticas según su criterio (Hernández, et al, 2012), fue empleada para indagar en el personal de la institución Elogios y en IMM, información sobre las pautas conductuales cotidianas de IVh, en diversos momentos del día; la observación implica para el investigador, adentrarse en la realidad del fenómeno de estudio, contemplando diversos niveles de participación sobre el ambiente social y conductual, en este caso de IVh.

Los niveles de participación adoptados fueron: participación pasiva, donde el investigador interviene únicamente con su presencia; participación moderada, donde el investigador comienza a intervenir en algunas actividades del observado; participación activa, donde el investigador se involucra en la mayoría de las actividades del observado, aunque no se mezcla completamente; y observación completa, en la que el investigador se presenta como un participante más (Hernández, et al, 2012). A continuación se presenta un esquema cronológico sobre el nivel de participación empleado en la observación a IVh, durante los 7 meses de duración del proceso terapéutico (ver figura 4).

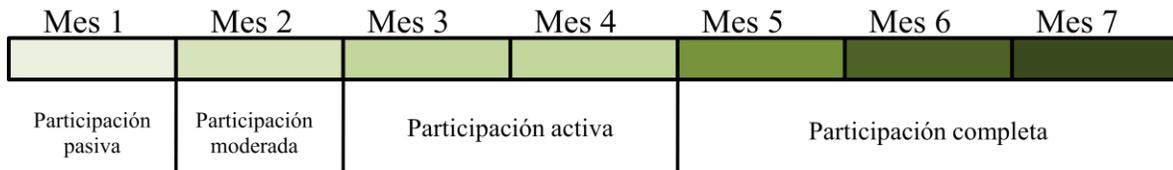


Figura 4. Cronología del proceso de observación llevado a cabo con IVh.

Paralelamente al proceso de observación, se realizó un registro estructurado (ver anexo 4) mediante un diario de campo, donde se plasmaban elementos observados relativos a la cotidianidad de IVh, como el ambiente físico de desenvolvimiento, sus relaciones sociales dentro y fuera de la institución, pues se realizó una visita domiciliaria (ver anexo 5) y en una ocasión se acompañó a una cita médica, además de actividades individuales y colectivas, y los hechos relevantes que ocurrieran durante el proceso de observación.

Por otra parte, en cuanto a la evaluación desarrollada en el proceso de intervención con IMM, fueron empleados los siguientes instrumentos evaluación: Examen Mental Abreviado (EMA) (Rosselli, et al., 2000) (ver anexo6), el Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979); validado al castellano por Conde y Franch (1984) (ver anexo7) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por su siglas en inglés) (ver anexo8) (Brown, Epstein, & Steer, 1988). El EMA, corresponde a una prueba exploratoria del rendimiento cognitivo general, específicamente en orientación, memoria de fijación y memoria reciente, atención, cálculo, lenguaje y praxias constructivas, y tuvo como propósito en este estudio, identificar alteraciones en la capacidad cognitiva de IMM al inicio del proceso terapéutico; el BDI, basado en la terapia cognitiva de la depresión de Beck, indaga de manera general, dentro del marco referencial de sintomatología depresiva sobre el que están elaborados sus 21 ítems, sobre el referente cognitivo presente en la depresión, y tiene como objetivo cuantificar la sintomatología más no proporciona un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad de los síntomas depresivos son: no depresivo: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada: 19-29 puntos y depresión grave: > 30 puntos. (Conde & Useros, 1975); por su parte, el BAI comprende 21 ítems, que describen una variada sintomatología de

ansiedad, centrados en aspectos físicos y cognitivos. El BAI tiene un formato, de respuesta tipo Likert de 0 a 3, resultando un margen de puntuación de 0 a 63, y como punto de corte para personas con indicadores significativos de ansiedad, 25,76 (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

Tanto el BDI como el BAI, fueron implementados como instrumentos de evaluación inicial y durante el proceso terapéutico, de la sintomatología ansiosa y depresiva reportada por IMM, ya que estos instrumentos recopilan información sobre el estado emocional de la participante en el lapso de una semana. Así mismo, con IMM se implementó la técnica de autorregistro y escala de percepción, que permite al investigador conocer los pormenores de una conducta en el momento en que ocurre, sin presentar el sesgo de la inexactitud del recuerdo, además, con esta técnica es posible establecer las frecuencias, duración y detalles de funcionamiento de las conductas objeto de evaluación, proporcionando información precisa sobre el fenómeno de estudio; en el caso específico del autorregistro solicitado a IMM, se enmarcan detalles como el lugar, el día y la hora de ocurrencia del malestar emocional, su desencadenante, los pensamientos que de ello se desprenden y las estrategias encaminadas hacia la solución, entre otros aspectos (ver anexo9).

Finalmente, para evaluar el nivel de malestar psicológico y físico que podrían estar presentando los cuidadores que laboran en la institución Elogios a causa de su rutina laboral, se empleó el Maslach Burnout Inventory (MBI-ES) (Maslach, Jackson, & Schwab, 1986; adaptación al castellano Naipone, 2008) que corresponde a uno de los instrumentos más usados para determinar el grado del síndrome de quemarse por el trabajo (Naipone, 2008). El MBI-ES, está compuesto por 22 ítems que indagan, a través de una escala tipo likert, la frecuencia con la que se experimentan sensaciones generadas por el alto grado de estrés, ocasionado por las exigencias de las actividades laborales (ver anexo10).

## Técnicas de Intervención

Dentro del proceso de intervención desarrollado para el presente estudio de caso, fueron implementadas técnicas enmarcadas primordialmente en la teoría de la psicología conductual, aunque también se implementaron técnicas cognitivas pertinentes para el adecuado proceso terapéutico desarrollado, específicamente con IMM. Inicialmente, se presentan las técnicas de intervención ejecutadas con IVh, para contrarrestar sus conductas desadaptativas e incentivar o fortalecer las que le permitieran una mayor funcionalidad, en su campo individual, familiar y social.

El tratamiento denominado manejo de contingencias o análisis conductual aplicado (ABA por sus siglas en inglés), fue el principal sustento teórico para la intervención desarrollada con IVh; este tratamiento basa su funcionamiento en que los individuos ven afectados sus pensamientos, sus conductas y la expresión de sus emociones, desde factores específicos que ocurren en el contexto próximo; estos factores son categorizados en antecedentes, o situaciones particulares que propician la aparición de pensamientos, emociones o conductas (respuestas); y consecuencias, cuya definición se basa en el impacto que generan los sentimientos, pensamientos y conductas generadas por la situación antecedente en el contexto próximo y personal del individuo (Drossel, et al., 2009). Así, las contingencias corresponden a la relación probabilística que existe entre la aparición de la conducta objetivo, su antecedente precipitante y las consecuencias que generan para el individuo. Las contingencias no se asumen como una relación invariable de causa efecto, sino como una relación probabilística, en las que una conducta ocurre más en algunas situaciones que en otras, donde el contexto juega un papel facilitador o apaciguador de la misma. Conceptualmente, cuando un factor en el contexto favorece la aparición frecuente de una conducta, se denomina reforzador (positivo o negativo) y por el contrario, si disminuye la probabilidad de aparición de ésta, se denomina castigo (positivo o negativo) (Drossel, et al., 2009).

Ante lo anterior, un individuo tiene mayor probabilidad de establecer una clara contingencia entre su conducta y su consecuencia, si esta última aparece en un corto periodo de tiempo en relación a la conducta, y si la contingencia tiende a repetirse con frecuencia. En este punto, es importante aclarar que aunque el castigo se establezca de manera clara, como una consecuencia por una conducta salida de la norma (como arrojar un cuaderno al suelo), no es posible a través de este procedimiento, propiciar la aparición de conductas funcionales (como la realización de una actividad escolar); por esto, el manejo de contingencias debe concebir un foco de acción, estableciendo la conducta objetivo que se quiere incentivar en el individuo, y las estrategias para lograrlo, además de identificar las conductas desadaptativas, cuya frecuencia se quiere disminuir, e implementar también las estrategias para lograrlo, pues existe gran diferencia en el proceso de estimular la aparición de una conducta y disminuir la aparición de otra (Drossel, et al., 2009). Así mismo, dentro del proceso de manejo de contingencias llevado a cabo, se requirió la implementación de técnicas conductuales como el modelamiento, el moldeamiento, encadenamiento y orientación física directa.

Teniendo en cuenta que en el tratamiento de manejo de contingencias prevalece el contexto como incitador del pensamiento, conductas y expresión de las emociones, y que los cuidadores juegan un papel fundamental para el funcionamiento de IVh, se implementó, como un trabajo mancomunado entre los psicólogos (3) que desarrollaban su actividad de práctica académica en el instituto Elogios, un programa de capacitación en manejo de técnicas conductuales.

Continuando con las técnicas de intervención conductuales; en relación al tratamiento paralelo y complementario, desarrollado con IMM en el marco de los objetivos planteados para el desarrollo del proceso terapéutico aquí descrito, se planteó el establecimiento de una relación terapeuta-consultante en base a los postulados de la psicoterapia analítico-funcional (PAF), que contempla el aprovechamiento de cada encuentro terapéutico, como un espacio propicio para el aprendizaje *in vivo*, a través del reforzamiento de situaciones naturales (como la exaltación de un gesto de autocrítica) generadas dentro de la sesión, y de resaltar

los aspectos clínicamente relevantes, para que el consultante no pase por alto sus pautas conductuales, que favorecen la problemática objetivo (como el enfado ante una réplica del terapeuta) (Kohlenberg, et al., 2005).

También se empleó la técnica de activación conductual, que consiste en incrementar el acceso a las experiencias potencialmente reforzantes, en individuos que han encontrado un leve reforzador a sus conductas evitativas, limitando así su contacto social y el desarrollo adecuado de una dinámica cotidiana laboral o académica; esta técnica propicia en el individuo con sintomatología depresiva, el establecimiento de una rutina regular, rompiendo con la pauta conductual de evitación, que se relaciona con la sintomatología depresiva (Martell, 2009). Considerando lo anterior, se implementó un tratamiento fundamentado en los avances teóricos sobre la terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) que conlleva, dentro de un proceso continuo, a que el individuo identifique su repertorio de conductas evitativas (como sus estrategias de control, sus representaciones verbales y su relación con el contexto), para que reconozca las características individuales y situacionales con que cuenta, para que concluya y decida por sí mismo, las pautas conductuales que está dispuesto adoptar hacia el cambio (Kohlenberg, et al., 2005).

Así mismo, como complemento a las estrategias terapéuticas ya descritas, de orden conductual, se ejecutaron técnicas que cuentan con una fundamentación predominantemente cognitiva, como la identificación y reestructuración de esquemas maladaptativos de pensamiento, donde se propone que el malestar psicológico es producto de una distorsión de lo que se piensa acerca de sí mismo, del futuro y de las propias experiencias, con influencia directa en el estado emocional y el comportamiento; así, el conocimiento de los propios esquemas de pensamiento maladaptativo, con un enfoque realista y objetivo, generará en el individuo la necesidad de modificar sus esquemas de pensamiento, en busca de disminuir su afectación emocional respecto de las diversas situaciones de la vida, para ello, el terapeuta requiere del uso de técnicas como el diálogo socrático, que lleva al consultante a reevaluar sus esquemas de pensamiento y la reconstrucción

imaginaria, que le permite al consultante reexperimentar o anticipar sucesos relevantes en un ambiente controlado (Newman, 2009).

Adicionalmente, fueron empleadas las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular sistemática, como estrategias de ejecución periódica (a diario, dos veces por día), para la disminución de la actividad somática, relacionada a los síntomas de la ansiedad (Payne, 2005); el anexo 11 presenta una tabla resumen con las actividades desarrolladas en cada sesión con IMM.

### **Procedimiento**

El estudio de caso aquí descrito, desarrollado desde los fundamentos teóricos del enfoque conductual, tuvo lugar en las instalaciones de la Asociación para un Mejor Futuro Elogios, institución ubicada en el área metropolitana de Bucaramanga, cuyo fin con las personas que atienden, que presentan limitaciones en su desarrollo cognitivo, es fortalecer y potenciar sus capacidades personales (desde una atención integral), propiciando el desarrollo personal en función del desarrollo social. Una vez establecido el contacto inicial con los funcionarios de la institución Elogios, se realizó el primer contacto con IVh, en su ambiente cotidiano, y se inició el proceso de observación, que prosiguió con la implementación del tratamiento de manejo de contingencias, para disminuir las conductas agresivas y fortalecer las de autocuidado y de tipo adaptativas, en pro de la funcionalidad de la paciente en su entorno institucional, familiar y social. La tabla 3 muestra un esbozo del procedimiento desarrollado para el presente estudio de caso, del cual se detallará en cada uno de sus procesos (ver tabla 3).

Tabla 3. Cronograma general ejecutado en el desarrollo del estudio de caso.

Proceso	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7					
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2	S 3	S 4	S 1	S 2
Revisión teórica	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*										
Análisis documental	*	*	*	*																										
Observación a IVh	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Manejo de contingencias con IVh									*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Sesiones con IMM		*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Sesiones con cuidadores														*	*	*		*	*	*		*	*	*		*	*	*		*
Sistematización																											*	*	*	*

Nota. S: semana

Inicialmente se realiza una revisión teórica, desarrollada en tres fases: contextualización teórica sobre el trastorno identificado y complicaciones conductuales, revisión teórica sobre las técnicas y tratamientos más efectivos para el trastorno mental identificado y componentes del entorno que podrían afectar y verse afectados por el trastorno. Adicionalmente, se realiza el análisis documental de la historia clínica y el kardéx médico de IVh, al igual que la revisión teórica sobre las técnicas y tratamientos más efectivos para el trastorno mental identificado.

Seguidamente, se da apertura al proceso terapéutico desarrollado con IVh, que implicó no sólo la modificación de sus pautas conductuales hacia los actores de su entorno, sino de estos últimos hacia ella, mediante la intervención con su madre (IMM) y el proceso de entrenamiento realizado a los cuidadores de la institución Elogios. Las sesiones desarrolladas con IVh, se daban dentro del horario de la jornada de formación, y se ejecutaban actividades aparentemente cotidianas para IVh, como por ejemplo, tender la cama, analizando el seguimiento de órdenes concretas, su capacidad de comprensión, tolerancia a la frustración y almacenamiento y evocación de las tareas realizadas. Para el manejo de las conductas agresivas, se observaba, en un ambiente natural, el repertorio de

conductas que ejecutaba IVh ante un agente estresor y las situaciones que funcionaban como reforzadores de la misma; así mismo, se identificaban los estímulos que funcionaban como reforzadores y castigos para IVh, a los cuales ésta respondía de manera eficaz, para emplearlos en el proceso de modificación de la conducta.

Así mismo, se da inicio al proceso terapéutico con IMM, con quien se implementaron 13 sesiones de dos horas de duración cada una, las cuales se distribuyeron en tres fases: contacto inicial (una sesión), evaluación (tres sesiones: una previa al tratamiento, una durante el tratamiento y una posterior al tratamiento) y tratamiento (13 sesiones) las cuales se desarrollaron en ocasiones, a la par con las evaluaciones durante y después del tratamiento.

De manera adicional, se desarrolló una sesión de seguimiento con IMM, sobre la continuidad, avance o retroceso de los resultados a los que se llegó con el tratamiento implementado; para completar un total de 14 sesiones desarrolladas con IMM. Teniendo en cuenta que IMM reside en la ciudad de Barrancabermeja, las sesiones se desarrollaron teniendo en cuenta su itinerario de visitas a la ciudad de Bucaramanga, aunque en 12 de las 14 sesiones, IVh se acogió al cronograma de encuentros establecido previamente con el terapeuta; al ser realizadas las sesiones dentro de la institución Elogios, se empleó parte del tiempo para observar las pautas relacionales entre IMM e IVh, y se impusieron tareas a realizar para favorecer las pautas relacionales asertivas entre las dos.

También se desarrolló un proceso de entrenamiento con los cuidadores y funcionarios de la institución Elogios, en técnicas de manejo conductual con personas que presentan limitaciones en su desarrollo cognitivo, que constó de cinco sesiones de una duración aproximada de una hora veinte minutos, cuyos objetivos y fechas de realización se describen a continuación (ver tabla 4).

Tabla 4. Objetivos y fecha de realización de las sesiones de capacitación con los cuidadores de la institución Elogios.

Sesión	Mes realización	de	Objetivo
1	4		Indagar las problemáticas percibidas por los cuidadores en su labor, y las estrategias empleadas para superarlas
2	5		Desarrollar una jornada de sensibilización a los cuidadores sobre la relevancia de su labor en relación con los jóvenes. Evaluar el nivel de malestar psicológico y laboral, presentado por las exigencias laborales
3	6		Socializar técnicas de control conductual
4	6		Socializar la teoría del Análisis conductual aplicado (ABA por su siglas en inglés)
5	6		Socializar técnicas de intervención en jóvenes con dificultades cognitivas

Finalmente, se comienza con el proceso de de sistematización de la experiencia académica, que da como resultado el presente artículo de estudio de caso clínico.

## Resultados

Considerando las metas terapéuticas planteadas con IVh, inicialmente fue posible identificar los estímulos que funcionan en ella como reforzadores de la conducta, además de los estímulos que funcionan como castigos o inhibidores. Los estímulos considerados como principales reforzadores a emplear en el proceso de modificación de la conducta en IVh, son: ser peinada, ser maquillada (brillo labial), y estímulos sociales como “dar las cinco”, recibir un abrazo y ser aplaudida por los cuidadores y compañeros; por otra parte, como principales castigos, se identificaron y emplearon: retirar su moña del cabello y el tiempo fuera. A continuación, la tabla 5 presenta un análisis funcional de las contingencias establecidas con IVh, con cada uno de los estímulos reforzadores o inhibidores de la conducta mencionados, describiendo las respuestas conductuales, pues el diagnóstico de IVh representa una clara limitación para el establecimiento de sus respuestas cognitivas y emocionales (ver tabla 5).

Tabla 5. Análisis funcional de IVh durante el tratamiento.

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias	Tipo de consecuencia
Cuidador con la medicina en la mano.	IVh ingiere su medicina sin oponer resistencia	Recibe un aplauso de sus compañeros	Reforzador positivo
Compañeros de otro salón caminan por la institución	IVh sale del salón de clase	A IVh se le retira la moña de su cabello	Castigo negativo
Instrucción de volver al salón	IVh acata la instrucción y regresa a su salón	IVh es peinada.	Reforzador positivo
Hora de la merienda	IVh espera sentada mientras sirven su merienda	El cuidador o el terapeuta "da las cinco" a IVh	Reforzador positivo
Instrucción de tender la cama	IVh acata la instrucción y tiende su cama	IVh recibe brillo labial	Reforzador positivo
Instrucción de coger la mano de uno de sus compañeros con dificultad motora, para dar una caminata.	IVh accede y presta su apoyo a su compañero	IVh recibe un abrazo de su cuidador o del terapeuta	Reforzador positivo
Hora de la merienda	IVh ingiere su refrigerio y el de uno de sus compañeros de salón	IVh es retirada de la mesa durante 5 minutos	Castigo negativo

Teniendo en cuenta el poco control sobre variables extrañas en la cotidianidad de IVh, se desarrolló un programa de reforzamiento de Razón fija 1 (RF1), es decir, IVh recibía el reforzamiento cada vez que ejecutaba una conducta determinada, considerando además, que el terapeuta asistía a la institución Elogios una vez por semana.

Entre tanto, se realizó una medición de la fluctuación de las conductas de IVh, teniendo en cuenta específicamente su nivel de agresividad frente a situaciones que le representan alta frustración, el seguimiento de instrucciones, las conductas expresadas al momento de despedirse de su madre (IMM), cuando ésta la visita en la institución Elogios, además, de la percepción de IMM frente al comportamiento presentado por IVh fuera de la institución, en sus visitas ocasionales a su familia.

Inicialmente, en cuanto a las conductas agresivas expresadas por IVh frente a las situaciones de frustración, tal como la negación de una petición de salir del

salón por ejemplo, o ante la imposibilidad de tomar la comida de uno de sus compañeros, se logró registrar, en una escala de 1 a 8, las principales conductas agresivas desplegadas en situaciones frustrantes, siendo 1 la menor intensidad y 8 la mayor. La tabla 6 describe cada uno de los puntos considerados en la escala señalada (ver tabla 6).

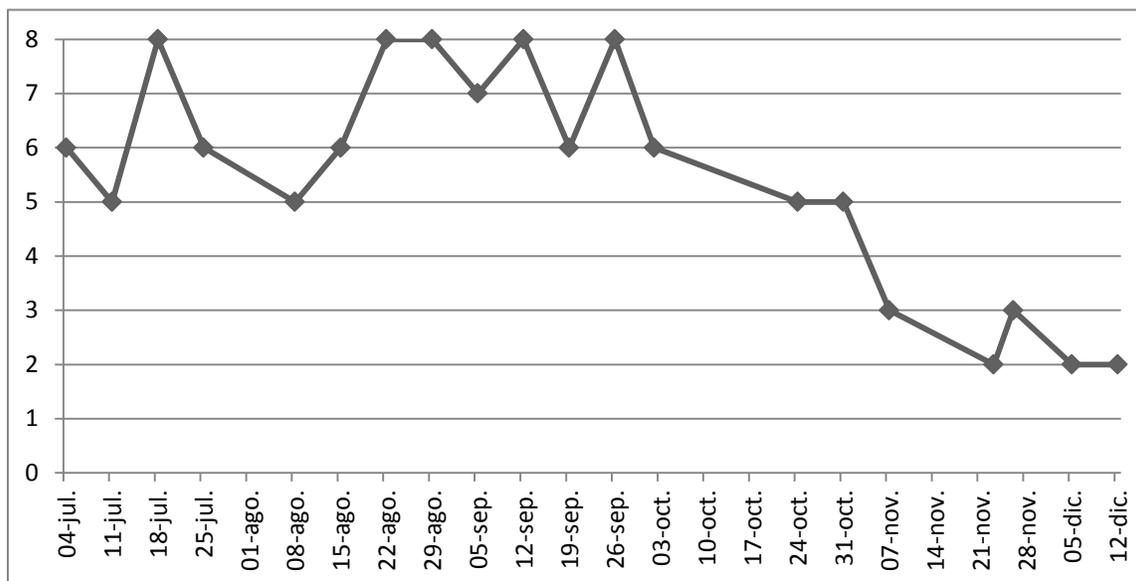
Tabla 6. Escala del repertorio de conductas desplegadas por IVh en situaciones de alta frustración.

Conductas agresivas ante la frustración	
1	Pasividad - serenidad
2	Insistencias motoras por realizar su deseo
3	Evadir a la figura de autoridad y correr
4	Gritar
5	Gritar y arrojarse al piso
6	Arañar
7	Gritar y lanzar objetos
8	Agresión física (puños - punta pías)

De esta forma, se ha realizado un registro sistemático en cada sesión desarrollada con IVh, desde el día 4 de Julio hasta el día 12 de Diciembre, el cual se encuentra plasmado en la gráfica 1, que muestra el nivel de activación conductual de IVh ante la frustración; la línea base fue establecida en el periodo de observación con nivel de participación moderada y participación activa, específicamente entre el 4 de Junio y el 15 de Agosto.

Así, la gráfica 1 muestra que en la línea base (entre el 4 de julio y el 15 de agosto), no existe una tendencia clara sobre las pautas conductuales de agresividad de IVh, y es sólo desde el día 26 de Septiembre (después de 42 días de iniciado el tratamiento), hasta cuando se logra identificar una tendencia descendente de la intensidad en la actividad conductual de IVh, frente a la experiencia de alta frustración; viéndose un descenso en la escala de cuatro (4) puntos entre los días 26 de septiembre y 5 de diciembre, considerando que el menor nivel alcanzado, es el dos (2), que corresponde a la expresión de *insistencias por realizar su deseo*, sin propinar golpes a quienes la rodean (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Registro sistemático de la intensidad de la expresión de conductas agresivas, ante situaciones que le representan alta frustración a IVh.



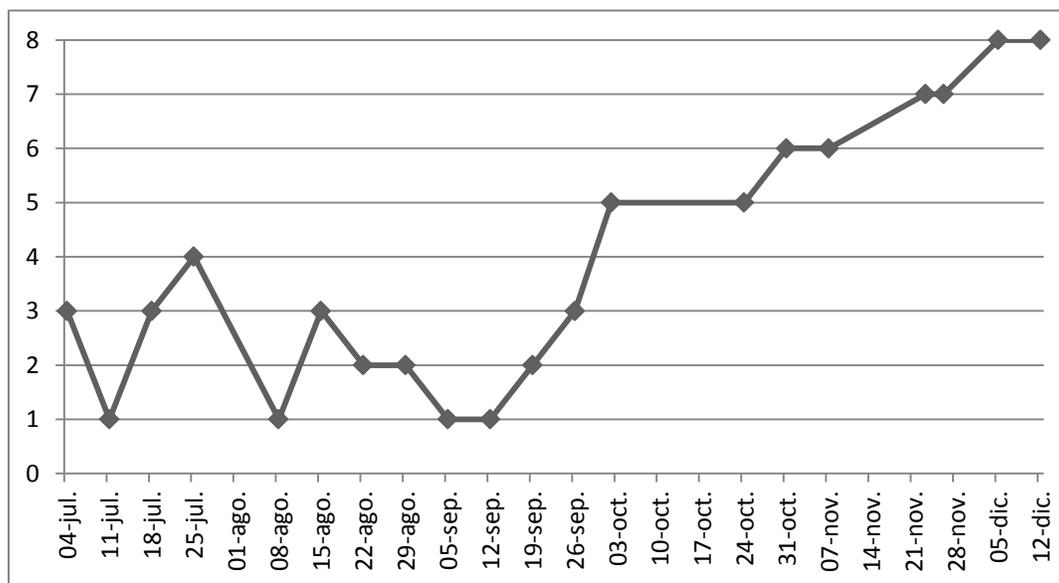
En cuanto al nivel de seguimiento de instrucciones demostrado por IVh durante todo el periodo de observación, se delimitaron (al igual que en el proceso anterior) las conductas que describen en una escala de 1 a 8, el nivel de seguimiento de ordenes observado, siendo 1 el menor nivel de acatamiento de las instrucciones dadas y 8 el mayor; dicha escala de expresión conductual, se encuentra descrita en la tabla 7. Las instrucciones podían ser dadas por el terapeuta, o por uno de los funcionarios de la institución Elogios, que interactúan con ella a diario (ver tabla 7).

Tabla 7. Escala del repertorio de conductas evidenciadas en IVh, frente a las instrucciones que le eran asignadas.

Seguimiento de instrucciones
1 Expresión de conductas agresivas ante las instrucciones recibidas
2 Pasar desapercibida la instrucción
3 Seguimiento de la instrucción de manera incompleta
4 Seguimiento de la instrucción sólo a través de repetir la directriz en más de tres ocasiones
5 Seguimiento de la instrucción con orientación física directa
6 Seguimiento de la instrucción con modelamiento
7 Seguimiento de instrucciones simples sin requerir dirección directa
8 Seguimiento de instrucciones complejas sin requerir dirección directa

Así mismo, mediante seguimiento realizado entre los días 4 de Julio y 12 de Diciembre, se evidenció, durante el periodo del establecimiento de la línea base (4 de Julio a 15 de Agosto) una fluctuación constante en el comportamiento de IVh frente al seguimiento de instrucciones, entre el nivel 4 y el nivel 1, sin seguimiento de ninguna tendencia. De otro lado, a partir del inicio del tratamiento (a partir del 15 de Agosto), se identifica inicialmente una tendencia descendente en el nivel de seguimiento de instrucciones, que va desde el nivel 3 al nivel 1, y seguidamente, se observa una tendencia ascendente, desde el nivel 1 (a 12 de Septiembre) hasta el nivel 8 (al 5 de Diciembre) (ver gráfica 2)

Gráfica 2. Fluctuación en el nivel de seguimiento de instrucciones, demostrado por IVh, durante el proceso terapéutico.



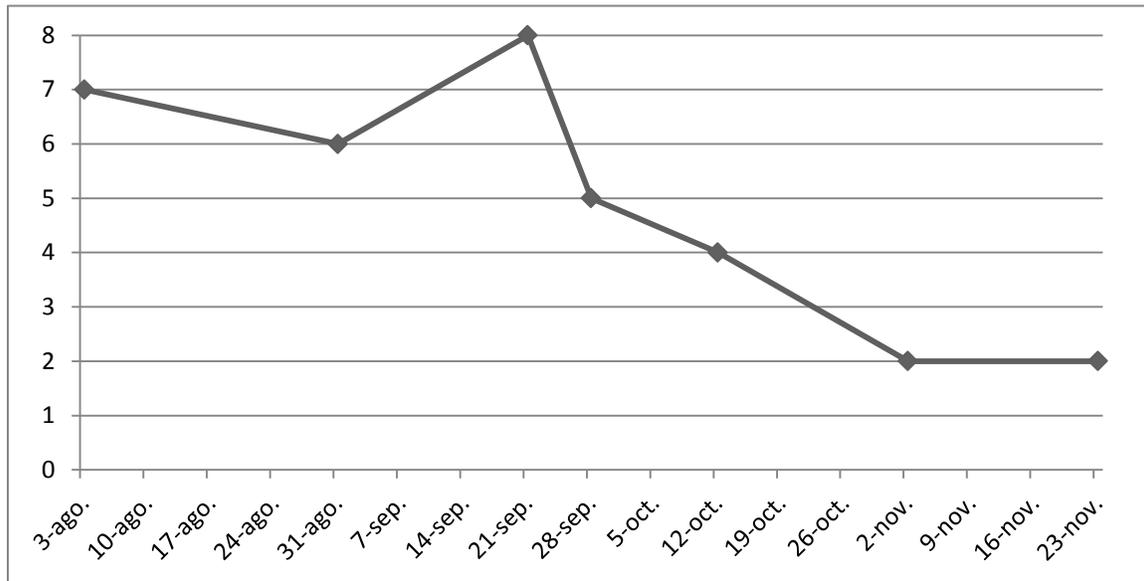
Seguidamente, considerando las conductas adoptadas por IVm al momento de despedirse de su madre (IMM), cuando ésta la visitaba en la institución Elogios, se logró establecer, el repertorio de las ocho principales conductas exhibidas por IVh, en los momentos en que IMM debía retirarse de la institución, para volver a la ciudad de Barrancabermeja. Las conductas identificadas, fueron sistematizadas en una escala de 1 a 8, siendo 8 el mayor nivel de activación conductual demostrado y 1 el menor (ver tabla 8).

Tabla 8. Escala del repertorio de conductas exhibidas por IVh, en los momentos en que IMM debía retirarse de la institución Elogios.

Comportamiento a la hora de despedirse de su mamá
1 Pasividad - serenidad
2 Movimientos constantes de búsqueda a IMM
3 Seguir insistentemente a IMM
4 Mantener en sus manos el bolso de IMM, sin soltarlo
5 Correr con el bolso de su IMM
6 Gritar y lanzar objetos
7 Pellizcar - arañar
8 Golpear (puños – punta pías)

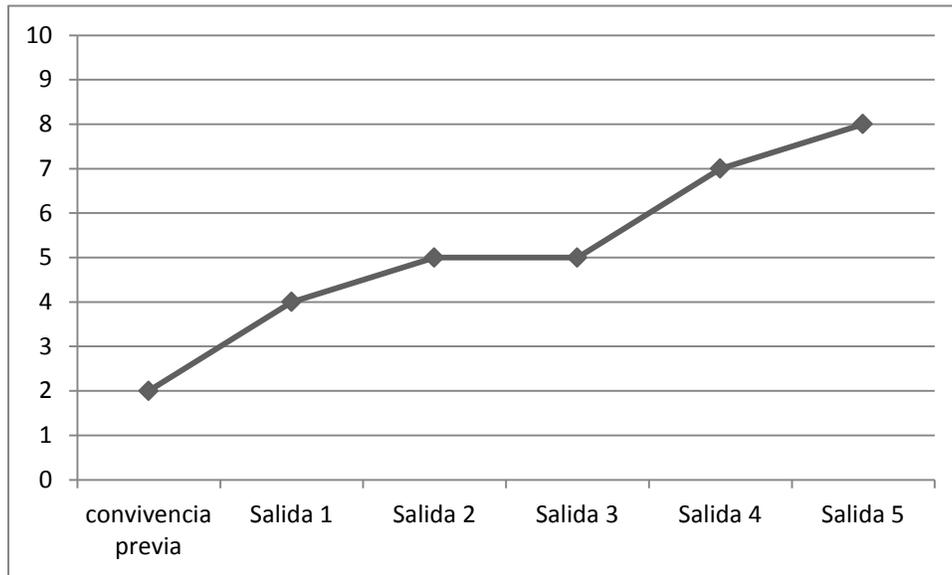
De esta manera, mediante el registro sistemático desarrollado en las siete visitas de IMM a la institución Elogios, entre los meses de Agosto y Noviembre, se logró identificar una disminución de 5 niveles a partir de la intervención para tal fin, que inició en la segunda visita (31 de Agosto), por lo que sólo se tiene como medición previa al tratamiento, la visita desarrollada el día 3 de Agosto. De manera específica, a partir de la tercera visita, (21 de Septiembre), se observa una clara tendencia descendente del nivel de actividad conductual, en las situaciones de despedida con IMM, que va desde el nivel 8 al nivel 2 en la escala establecida (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Fluctuación del nivel de actividad conductual expresado por IVh, en las situaciones de despedida con IMM.



Adicionalmente, se realizó una escala de registro del nivel de satisfacción experimentado por IMM, en las situaciones de convivencia que se presentaban con IVh fuera de la institución Elogios, en los momentos en que, por fechas vacacionales o situaciones familiares, IVh salía de la institución, para dirigirse y estar unos días en su casa con IMM. Así, se le solicitó a IMM que registrara en una escala de 1 a 10, siendo un (1) el mínimo nivel de satisfacción y diez (10) el máximo; la gráfica 4, describe la variación registrada en cuanto a la percepción de satisfacción de IMM con IVh, en las 5 salidas que realizó IVh, hacia su hogar en Barrancabermeja durante el proceso terapéutico, contemplando un registro sobre la convivencia previa al inicio del mismo; identificándose una clara tendencia ascendente desde la salida 1 hasta la salida 5. Es de tener en cuenta que en la salida 1 de IVh, la convivencia entre ésta y su madre se dio durante aproximadamente tres días, al igual que la salida 2, mientras que la salida 3 tuvo una duración de nueve días, la salida 4 de cinco días, y la última salida (5), correspondiente a las vacaciones decembrinas del año 2012, de 30 días.

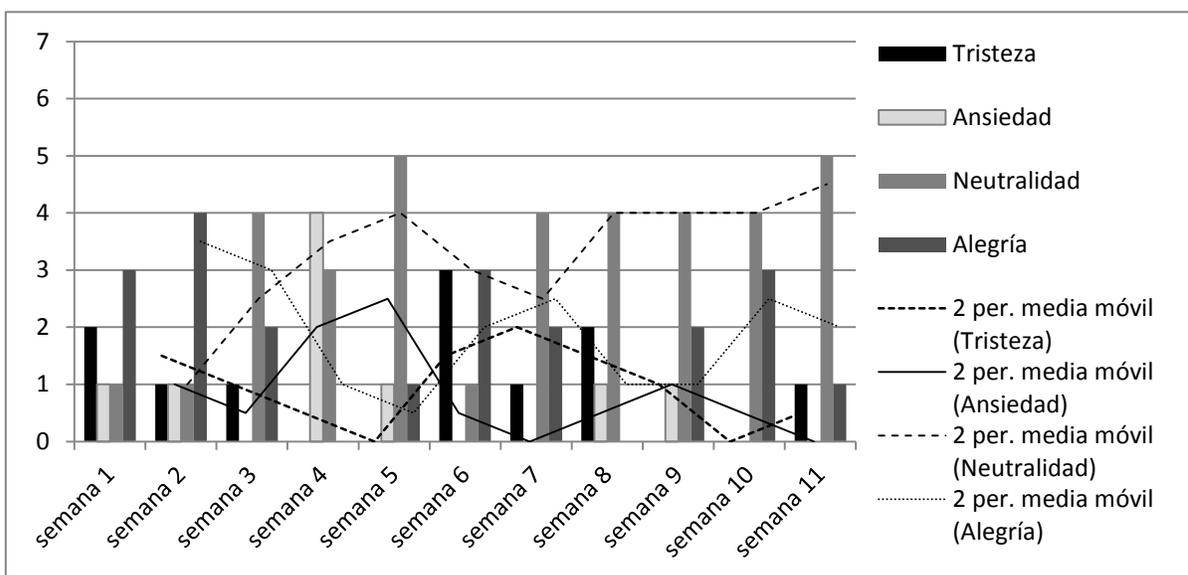
Gráfica 4. Fluctuación del nivel de satisfacción percibido por IMM, frente a la convivencia con IVh fuera de la institución Elogios.



Por otra parte, se describen los resultados encontrados en las evaluaciones realizadas a IMM, antes, durante y después del tratamiento, además del seguimiento a través del autorregistro, técnica con la cual se identificaron las fluctuaciones presentadas por IMM respecto a sus sensaciones de alegría, tristeza, ansiedad y de neutralidad emocional, en situaciones cotidianas durante 11 semanas, donde se tomaban los registros diarios realizados por IMM, y se contabilizaban las sensaciones que primaban durante cada día (alegría, tristeza, ansiedad o neutralidad emocional); así, los reportes se medían en una escala de 1 a 7, implicando cada número, la cantidad de reportes de cada sensación subjetiva durante la semana. De esta forma, se evidenció en IMM, respecto a sus reportes de tristeza, que la mayor cantidad de registros de esta emoción fue de 3 ocasiones durante la semana 6, y la menor cantidad fue de 0, en las semanas 4, 5, 9 y 10, aunque no se evidenció una clara tendencia descendente o ascendente, sino una serie de fluctuaciones, aunque la media de reportes durante todo el proceso fue de 1,0, mientras que en las seis primeras semanas del tratamiento fue de 1,17 y disminuyó en las últimas cinco semanas a 0,8.

En cuanto a los reportes de ansiedad, se observa una constante variación, con un pico máximo de cuatro reportes en la semana 4, y cero reportes en las semanas 4, 6, 7, 10 y 11; obteniéndose una media general durante las 11 semanas, de 0,8, y en detalle, para las primeras seis semanas una media de 1,17 y de 0,4 para las últimas 5 semanas. Así mismo, con los reportes de alegría realizados por IMM, se obtuvo una constante fluctuación de los mismos, con un pico máximo de cuatro reportes en la semana 4 y un picó mínimo de cero reportes en la semana 4; y una media general de 1,9 reportes, mientras que para las seis primeras semanas fue de 2,17 y de 1,6 para las últimas cinco semanas; finalmente, se obtuvo que los reportes emocionalmente neutros, obtuvieron los picos más altos en dos ocasiones, la semana 4 y la semana 11 (cinco reportes); así mismo, se presentó para estos registros, una media general de 3,3 reportes, y de 2,5 para las primeras seis semanas y de 4,2 para las últimas cinco semana (ver gráfica 5).

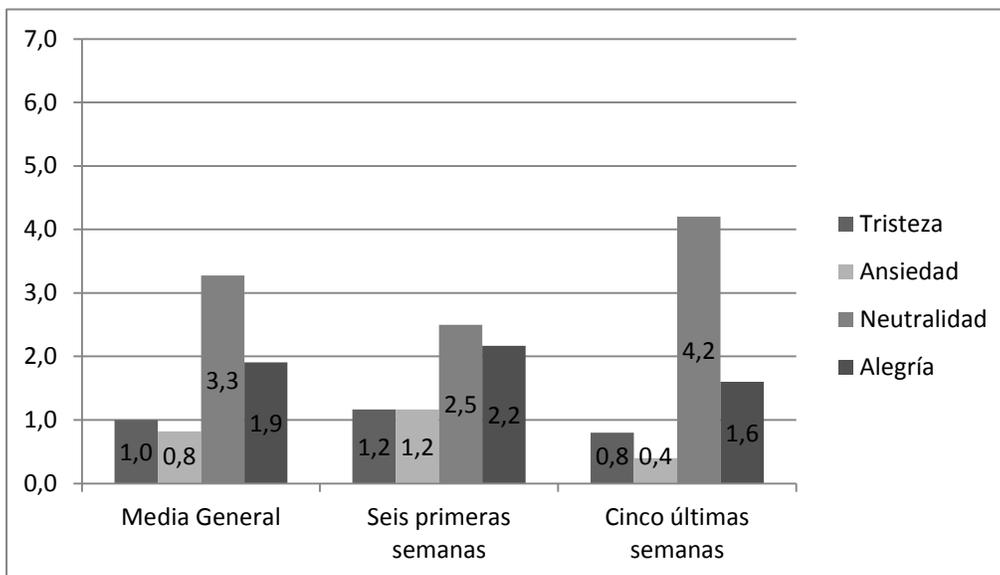
Gráfica 5. Reportes de tristeza, ansiedad, alegría y neutralidad emocional, en el proceso de autorregistro desarrollado por IMM durante 11 semanas.



Complementariamente, la gráfica 6 muestra la media general, la media de las primeras seis semanas y la media de las cinco última semanas obtenidas por IMM, donde se observa que la tristeza y la ansiedad presentan una disminución, mientras la neutralidad emocional aumenta, siendo éste el tipo de reporte que

experimenta el mayor aumento durante el proceso; por su parte la alegría, aunque aumenta en las primeras seis semanas, disminuye en su media en las últimas cinco.

Gráfica 6. Media general, de las seis primeras semanas y de las últimas cinco semanas, considerando los criterios establecidos para el proceso autorregistro de IMM.

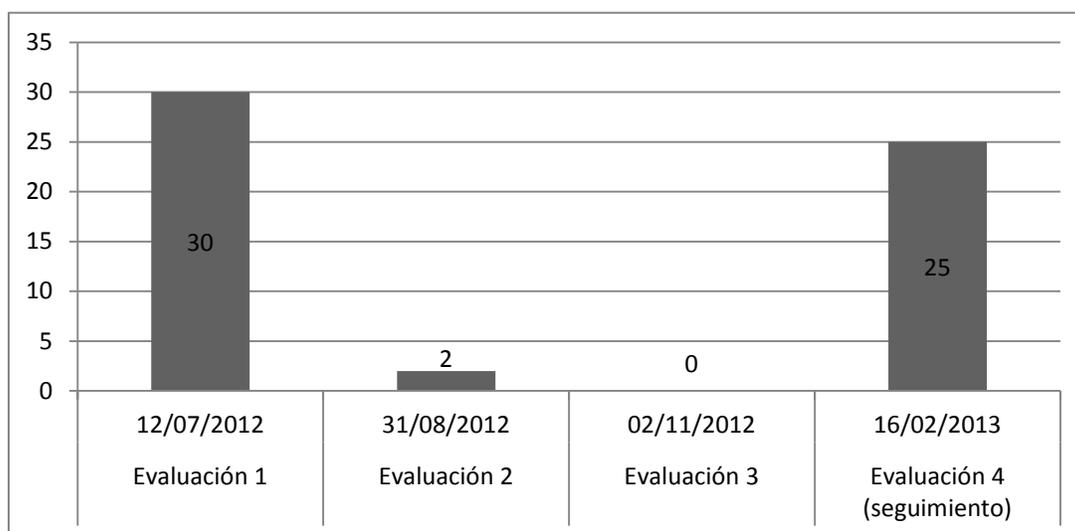


Cabe resaltar que aunque el tratamiento con IMM se desarrolló en 23 semanas, debido a variables externas sólo se pudo hacer el proceso de autorregistro durante 11 semanas, quedando excluidas, las primeras cuatro semanas del proceso terapéutico y las últimas ocho del mismo.

Teniendo en cuenta que se realizó un monitoreo de la sintomatología ansiosa y depresiva experimentada por IMM durante el proceso terapéutico, mediante los instrumentos denominados: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), para el seguimiento a la sintomatología de ansiedad, se obtuvo que en la primera evaluación previa al inicio del tratamiento, IMM registró una puntuación de 30 que la catalogó como una persona con presencia de sintomatología ansiosa, según los parámetros del BAI (Beck, et al., 1988), mientras que en las siguientes dos evaluaciones presentó una disminución sustancial al obtener en la segunda una puntuación de 2, y en la tercera una

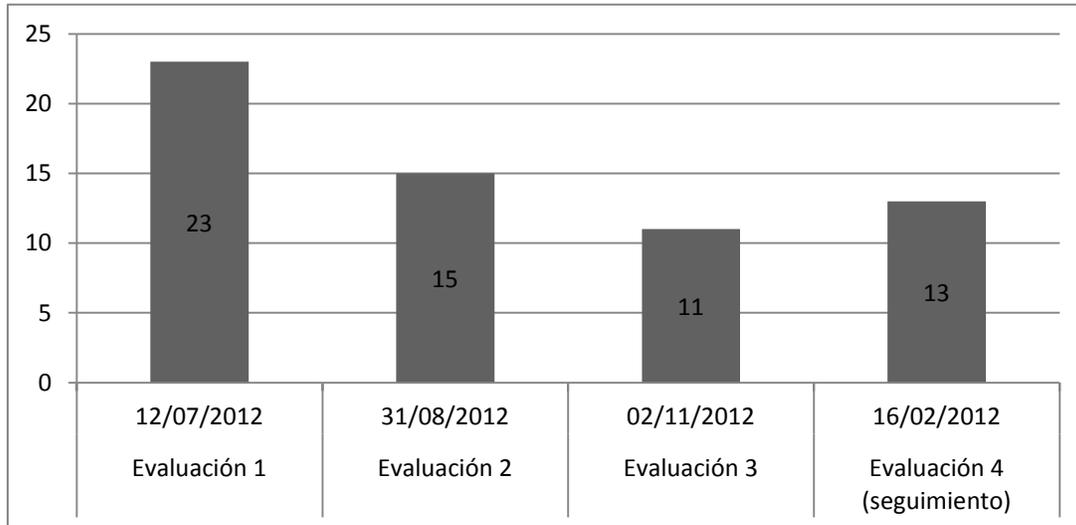
puntuación de 0, lo que indicó que para los ocho días previos a la aplicación del instrumento IMM no demostró sintomatología ansiosa; a pesar de lo anterior, en la evaluación de seguimiento desarrollada dos meses después de finalizado el proceso terapéutico, IMM obtuvo en el BAI una puntuación de 25, lo que indica una nueva aparición de la sintomatología ansiosa (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Puntuación obtenida por IMM en la prueba BAI, aplicada antes, durante y después del tratamiento terapéutico.



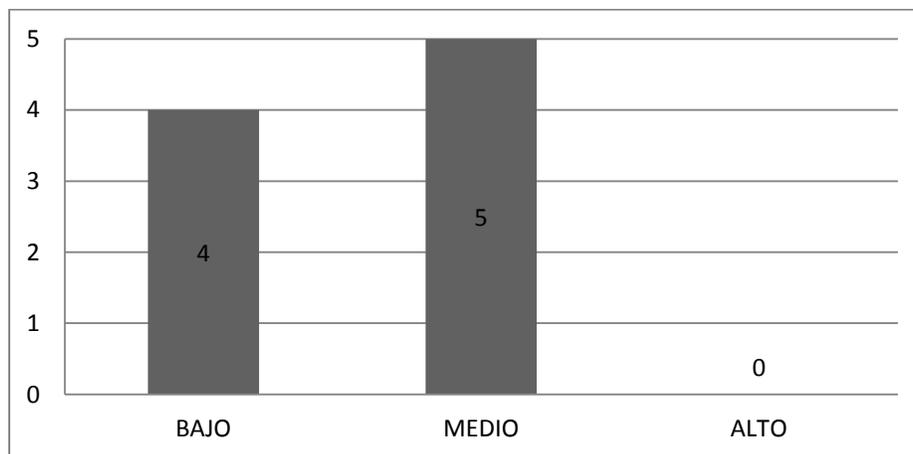
En cuanto a las puntuaciones obtenidas por IMM en la prueba BDI, sobre sintomatología depresiva realizadas una (1) antes de iniciar el tratamiento, dos (2) durante el tratamiento y una (1) después de finalizado el tratamiento (dos meses después), se logró identificar en la primera aplicación donde obtuvo una puntuación de 23, que IMM presentaba sintomatología depresiva de intensidad moderada; en la segunda evaluación, cuando ya había iniciado el tratamiento IMM obtuvo una puntuación de 15, lo que sugiere sintomatología depresiva leve, al igual que en la tercera aplicación en la que obtuvo 11 puntos; finalmente, en la evaluación de seguimiento, realizada dos meses después de finalizado el tratamiento, IMM obtuvo 13 puntos presentando un leve ascenso respecto a la tercera evaluación (dos puntos), aunque su sintomatología depresiva se sigue ubicando con intensidad leve (Conde & Franch, 1984) (Ver gráfica 8).

Gráfica 8. Puntuación obtenida por IMM en la prueba BDI, aplicada antes durante y después del tratamiento terapéutico.



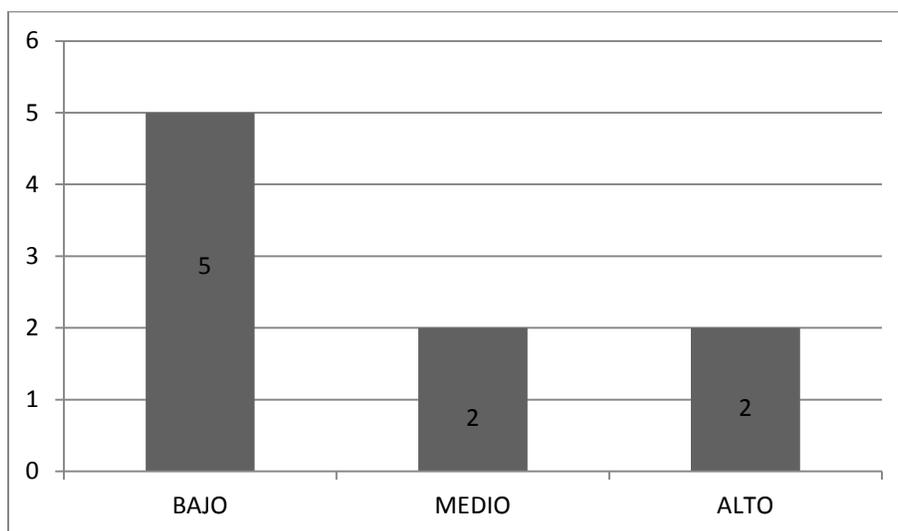
Finalmente, en la evaluación realizada a los cuidadores, sobre el nivel de agotamiento físico y psicológico que podrían experimentar en el desarrollo de su actividad laboral, al sumar cada una de las valoraciones realizadas por los evaluados, en cada ítem de los factores evaluados, con el MarlashBurnoutInventory (MBI) (Napione, 2008), se encontró que en la subescala de agotamiento emocional cuatro participantes obtuvieron una baja puntuación, y los restantes cinco se ubicaron en una puntuación media (ver gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución de los participantes, según su nivel de agotamiento emocional



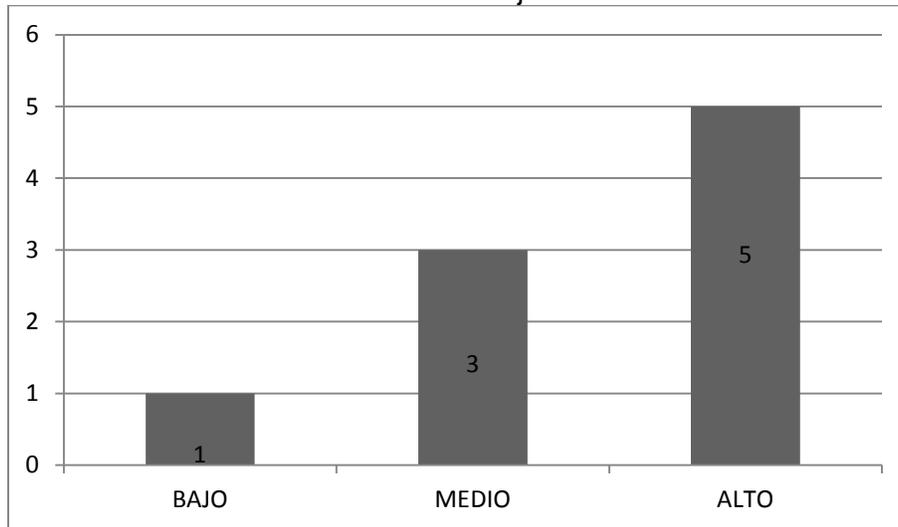
Frente a la subescala de despersonalización, que consiste en actitudes de indiferencia del cuidador hacia los estudiantes, y se caracteriza por el uso de etiquetas despectivas, se encontró que cinco participantes se ubican en un nivel bajo de despersonalización frente a los pacientes con que se relaciona, mientras que se encuentran en un nivel medio, y los restantes dos participantes, se ubican en un nivel alto frente a este fenómeno (ver gráfica 10).

Gráfica 10. Distribución de los participantes según el nivel de despersonalización que presentan, en su relación con los alumnos de Elogios.



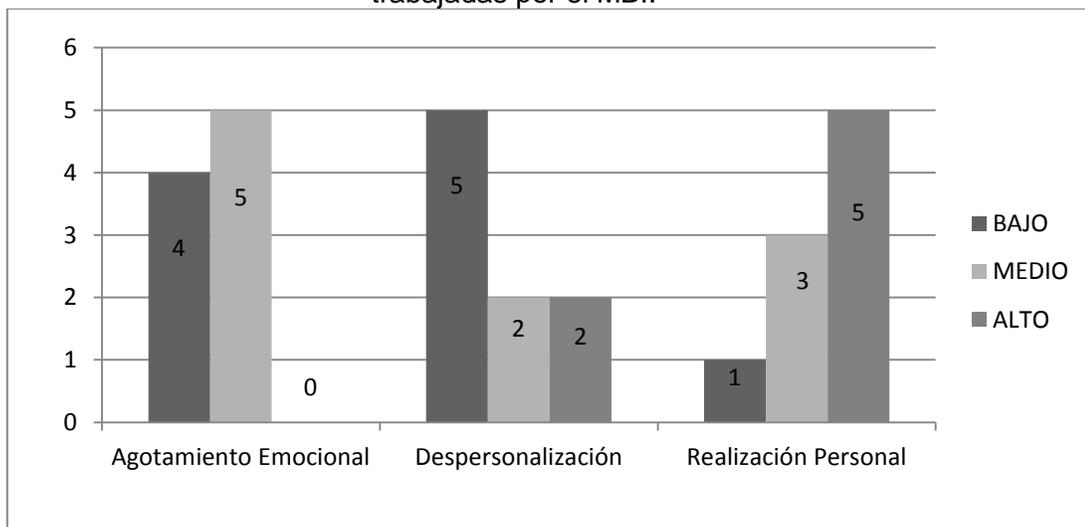
Por otra parte, se identificó que en la subescala de realización personal, que indica el nivel de satisfacción que siente un individuo con la labor que realiza y el beneficio que recibe por la misma, cinco participantes se encuentran satisfechas con la labor, tres participantes se ubican con una puntuación media frente a este mismo tópico, y el restante, obtuvo un puntaje alto, indicando que en el momento de la recolección de información, no se encontraba satisfecho con su contribución a la institución y con el crecimiento personal que adquiere en ella, según el MBI (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Distribución de los participantes según la percepción de realización personal en su trabajo.



Finalmente, se presenta un gráfica comparativa entre el número de participantes ubicados en cada nivel (Bajo, Medio, Alto), de cada subescala que maneja la prueba (ver gráfica 12).

Gráfica 9. Comparación entre frecuencia de participantes en cada nivel de las subescalas trabajadas por el MBI.



## **Discusión**

Debido a que IVh reside completamente en la institución Elogios, donde recibe, al igual que sus compañeros de institución, constante acompañamiento de parte de un equipo interdisciplinario que vela por su bienestar físico y psicológico, los avances experimentados en ella respecto a los objetivos planteados en el proceso terapéutico aquí descrito, no pueden atribuirse en su totalidad al mismo, sino al trabajo conjunto entre la guía terapéutica y el acompañamiento habitual que recibe en la institución Elogios.

El presente estudio resalta, al igual que diversos autores (Artigas-Pallarés, 2006; Schalock & Verdugo, 2002; Verdugo, 2003), la importancia del trabajo multicomponente en el tratamiento con personas diagnosticadas con retraso mental, pues en el proceso terapéutico ejecutado con IVh se intervino no sólo a la paciente como objetivo máximo del tratamiento, sino que se involucró a su madre (IMM) y a sus cuidadores formales, evidenciándose un aumento de la efectividad del tratamiento de manejo de contingencias, concretado en la reducción de la intensidad de conductas agresivas de IVh ante situaciones frustrantes, el aumento en el seguimiento de instrucciones y la reducción de la actividad conductual agresiva a la hora de despedirse de IMM, especialmente después del inicio de las sesiones de capacitación a cuidadores formales (26 de septiembre de 2012).

En coherencia, se observó un aumento en el nivel de satisfacción de IMM respecto a los encuentros puntuales con IVh fuera de la institución Elogios, atribuible posiblemente no sólo a la evolución de IVh frente a la adquisición de conductas adaptativas y la disminución de su expresión de agresividad, sino al acercamiento orientado de IMM con las características del diagnóstico de retraso mental, al igual que con las técnicas de manejo en situaciones críticas presentadas por su hija en determinados momentos.

Considerando que el retraso mental no es curable (OMS, 2011; Verdugo, 2003), la probabilidad de que IVh exprese conductas desadaptativas persiste, debido a los diversos factores ambientales, personales y biológicos (APA, 2003; Calderón-González & Calderón-Sepúlveda, 2003) que afectan su comportamiento,

por lo que el manejo técnico que realicen sus cuidadores formales e informales puede facilitar a los pacientes, una adecuada convivencia familiar, social y en este caso, institucional; acarreado además, una menor probabilidad de aparición en IMM de sintomatología ansiosa o depresiva, causada por su relación estridente con IVh.

Así mismo, diversos estudios (Márquez-Caraveo, et al., 2011; Novell, et al., 2003) relacionan la capacitación en técnicas de manejo conductual a cuidadores, con el mejoramiento conjunto de la calidad de vida de estos y los pacientes, siendo ésta una estrategia apropiada para el manejo permanente de las pautas conductuales, asociadas al retraso mental. En este caso, la capacitación técnica realizada a cuidadores formales y a IMM, se encausó a instaurar en estos, el autoconcepto como individuos activos en el tratamiento de IVh, dando a conocer la importancia que tienen sus acciones cotidianas frente a la paciente, para fortalecer o disminuir en ésta su nivel de adaptación al contexto social, expandiendo así el accionar terapéutico de la relación *terapeuta-paciente*, a *contexto social-paciente*, como un primer paso para el ideal, del empoderamiento general de la sociedad con los pacientes con discapacidad cognitiva.

En coherencia, ante el análisis funcional de la conducta de IVh sistematizado antes y durante la implementación del tratamiento, donde IMM y sus cuidadores formales generan alta influencia en el modo de actuar de IVh, se observa la necesidad de adoptar estrategias activadoras e inhibidoras de las pautas conductuales de los pacientes con retraso mental, que exijan de estos, modos de comportamiento ajustados al contexto para que su adaptación social aumente, ante lo cual, en la literatura (Márquez-Caraveo, et al., 2011; Zuluaga, 2002) se resalta a la familia, como el principal núcleo de fomento de los patrones conductuales de los individuos tanto sanos como con discapacidades del desarrollo cognitivo, como el retraso mental de.

Por otra parte, respecto a los avances evidenciados en IMM sobre la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa, el tratamiento de corte cognitivo-conductual implementado con IMM, se referencia como una intervención

apropiada para tal fin (Barraca 2009; Orgilés, Méndez, Rosa & Inglés, 2003; Vetere& Rodríguez, 2005); aunque en el presente caso, no se evidenció continuidad en la eficacia del tratamiento, pues en el seguimiento IMM registró un aumento tanto en su sintomatología depresiva como ansiosa, lo que podría relacionarse según entrevista clínica, a la soledad que afronta luego de su separación amorosa, intensificada con la época decembrina, aunque no se evidencia una relación directa con la convivencia con IVh, pues en este caso el nivel de satisfacción en IMM aumentó; así se pone de manifiesto la necesidad de realizar un proceso continuo con IMM que involucre aun más sus conflictos personales respecto a su separación de pareja y posibles dificultades de tipo emocional derivadas del maltrato recibido del padre de IVh, cuyos golpes severos ocasionados a IMM durante el periodo de gestación de IVh, podrían asociarse con el reporte de Maldonado-Durán y Lartigue (2008), sobre alteraciones del desarrollo cerebral *in utero*, a causa de la exposición constante de la madre al estrés. De manera adicional, se recomienda mantener y fortalecer las pautas armónicas en la relación entre IMM e IVh, siendo congruente con lo planteado por (Vetere& Rodríguez, 2005) sobre la mayor eficacia a largo plazo de los tratamientos que presentan alta duración.

Ante lo anterior, en base a los resultados obtenidos en el presente trabajo, se recomienda que los procesos terapéuticos que encierran alta complejidad por tratarse de la vinculación de varios actores involucrados en la evolución de pacientes con discapacidad cognitiva, los cuales amplían el espectro de problemáticas individuales inmersas en los modos relacionales; incorporen explícitamente el componente de seguimiento y/o continuación de los tratamientos, teniendo en cuenta los múltiples factores de riesgo de recaída o recurrencia de los síntomas que son objeto de intervención.

Por otra parte, considerando los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba MBI a los cuidadores formales de IVh, no se identifica ningún cuidador que presente síndrome de Burnout, aunque sí se registran tres personas que presentan determinados síntomas según las subescalas del MBI. De las dos

cuidadoras que puntuaron alto en la escala de despersonalización, ninguna puntúa bajo en la escala de realización personal; entre tanto, otra cuidadora presenta bajo nivel de realización personal. Se resalta que puntuaciones altas en las dos primeras subescalas (agotamiento emocional y despersonalización) y baja en la tercera (realización personal) definen el síndrome Burnout; así, se recomienda la implementación de actividades periódicas de evaluación y prevención del malestar psicológico y físico, derivado de la exigente tarea (Novell, et al., 2003) de supervisar a personas que presentan déficit cognitivo, siendo el MarlashBurnoutInventory (MBI) un instrumento apropiado para la evaluación de dicho fenómeno. Ante lo anterior, se resalta en la institución Elogios, la realización de jornadas grupales extralaborales, de relajación (como sesiones de Tai Chi) y reuniones regulares para compartir experiencias laborales y de actualización técnica.

Finalmente se resalta que el presente trabajo evidenció el cumplimiento de los objetivos propuestos, una vez que fueron identificados los patrones de conducta que no permitían a IVh la adaptación plena a su entorno social y familiar, e implementó modificaciones conductuales a través del empleo de estímulos reforzadores e inhibidores de la conducta, para reacomodar el modo de activación conductual de ésta, además de fortalecer en IMM, mediante estrategias terapéuticas de corte cognitivo-conductual su figura de autoridad frente a IVh, reconociendo las implicaciones del diagnóstico de retraso mental y su manejo; complementariamente, se logró disminuir durante el tratamiento, la sintomatología depresiva y ansiosa en IMM respecto a su relación con IVh, y se observó un aumento en el nivel de satisfacción en la interacción con ésta.

### **Agradecimientos**

A la Asociación para un Mejor Futuro Elogios, a su equipo directivo y operativo por el acompañamiento brindado durante la realización de la presente práctica profesional; a IVh e IMM por su disposición activa frente al proceso terapéutico; y a la coordinación de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana por ser la base motivadora del presente trabajo.

## Referencias

- Alessandri, M., Thorp, D., Mundy, P. & Tuchman, R. (2005). ¿Podemos curar el autismo? Del desenlace clínico a la intervención. *Revista de Neurología*, 40 (1), 131-136.
- American Psychiatric Association (APA).(2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM – IV-TR)*.Barcelona: Masson.
- Artigas-Pallarés, J. (2006). Tratamiento farmacológico del retraso mental. *Revistade Neurología*, 42 (1), 109-115.
- Asociación Americana sobre el Retraso Mental. (2002). Retraso mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo (10ª edición). Washington, DC: AAMR.
- Barraca, J. La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD): dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *Revista de psicología y educación*, 8 (1), 23-50.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. & Steer, RA.(1998). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-7.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G.(1979).Cognitive therapy of depression. New York: GuilfordPress.
- Calderón-González, R., Calderón-Sepúlveda, R. (2012). Prevención del retraso mental. *Revista de Neurología*, 36 (2), 184-194.
- Conde, V. &Franch, J.I. (1984). Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: UpjohnFarmaquímica.
- Córdoba, L., Restrepo, A., Tamayo, J., Peña, M. & Verdugo, M. (2010).Variables personales, familiares y sociales asociadas a comorbilidad entre retraso mental y trastornos mentales en adultos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15 (1), 13 – 28.

- Cuskelly, M. & Gunn, P. (2006). Adjustment of Siblings of a Child with Down Syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (12), 917-925.
- Dew, A., Balandin, S. & Llewellyn, G. (2008). The psychosocial impact on siblings of people with lifelong physical disability: a review of the literature. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 485-507.
- Drossel, C., Garrison-Diehn, C. & Fisher, J. (2009). Contingency management interventions. En O'Donohue, W. & Fisher, J. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Dykens, E. (2006). Felicidad, bienestar y puntos fuertes del carácter: resultados para familias y hermanos/as de personas con retraso mental. *Siglo Cero. Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 37(3), 219, 45-52.
- Fernández-Jaén, A. (2006). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y retraso mental. *Revista de Neurología*, 42 (2), 25-27.
- Frost, P. (2012). Tay-Sachs and French Canadians: A Case of Gene-Culture Co-Evolution? *Advances in Anthropology*, 2 (3), 132-138.
- Gardner, W. (2009). *Behavior modification in mental retardation*. United States of America: Aldine De Gruyter.
- González, D. (2001). Retraso mental: nuevos paradigmas, nuevas definiciones. *Revista argentina de psiquiatría*, 12, 267 – 272.
- González-Brignardello, M. & Carrasco, M. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*, 4(2), 83-105.
- Gothelf, D., et al. (2008). Neuroanatomy of fragile X syndrome is associated with aberrant behavior and the fragile X mental retardation protein (FMRP). *Ann Neurol*, 63 (1), 40- 51.

- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Hernández, R., Fernandes, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (5ª Edición). Lima: McGraw-Hill.
- Kohlenberg, R., Tsai, M., Ferro, R. Valero, L. Fernández, A. & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 349-371.
- Ley número 1090 de 2006. Ministerio de la Protección social, recuperado de [http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2\\_UPB\\_MEDELLIN/PGV2\\_M030\\_PREGRADOS/PGV2\\_M030040020\\_PSICOLOGIA/CODIGO\\_ETICO/CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/CODIGO_ETICO/CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF)
- Lozano, M. & Pérez, I. (2000). Necesidades de la familia de las personas con retraso mental y necesidades de apoyo generalizado. En Verdugo, M. Familias y discapacidad intelectual. Madrid: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.I., Craig, E.M., Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.)*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Maldonado-Durán, J. & Lartigue, T. (2008). Fenómenos de la “programación” in utero: efectos del alto nivel de estrés y de la desnutrición durante el embarazo. *Perinatología y reproducción humana*, 22 (1), 26 – 35.
- Márquez-Caraveo, E., Zanabria-Salcedo, M. Pérez-Barrón, V. Aguirre-García, E. Arciniega-Buenrostro, L. & Galván-García, C. (2011). Epidemiología y

- manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34 (5), 443-449.
- Martell, C. (2009). Behavioral activation treatment for depression. En O'Donohue, W. & Fisher, J. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. United States of America: John Wiley & sons, Inc.
- Maslach C., Jackson, S.E. & Schwab, R.L. (1986). *Maslach burnout inventory: Educators survey*. Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.
- Matos, M. & Mustaca, A. (2005). Análisis comportamental aplicado (ACA) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina. *Interdisciplinaria*, 2005, 22 (1), 59-76.
- Maulik, P., Mascarenhas, M., Mathers, C. Dua, T. & Saxena, S. (2011). Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*, 32(2), 419-36.
- McMillan, E. (2005). A parent's perspective. *Mental Retardation*, 43, 351-353.
- Ministerio de Salud (1993). Resolución N° 008430. Recuperado de [http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica\\_res\\_8430\\_1993.pdf](http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf)
- Napione, M. (2008). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Newman, C. (2009). Identifying and modifying maladaptive schemas. En O'Donohue, W. & Fisher, J. *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy*. United States of America: John Wiley & sons, Inc.
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L. & Forgas, E. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Barcelona: Confederación Española de

Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual – FEAPS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1989). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá: Organización Mundial de la Salud.

Orgilés, M. Méndez, X. Rosa, A. & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 19 (2), 193-204.

Oyama, S. Griffiths, P & Gray, R. (2003). Cycles of contingency: developmental systems and evolution. Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Payne, R. (2005). Técnicas de relajación: guía práctica (4a edición). Badalona: Paidotribo.

Rosselli D, Árdila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O, et al. (2000). El examen mental abreviado (mini-mental state examination) como prueba de selección para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Revista de Neurología*, 30, 428-32.

Salvador-Carulla, L. Rodríguez-Blázquez, C., Velásquez, R. & García, R. (2007). Trastornos mentales en retraso mental, evaluación y diagnóstico. *Revista electrónica de psicología*, 3(4), 1-17.

- Schalock, R. & Verdugo, M. (2002). The concept of quality of life in human services: A handbook for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9 (2), 9-21.
- Stoneman, Z. (2005). Siblings of children with disabilities: research themes. *Mental Retardation*, 43(5), 339-350.
- Swenson, S. (2005). Families, research, and systems change. *Mental Retardation*, 43, 365-368.
- Tolar, J. (2001). Hematopoietic differentiation of induced pluripotent stem cells from patients with mucopolysaccharidosis type I (Hurler syndrome). *Journal of American society of hematology*, 117, 839-847.
- Velasco, T. (2011). Conociendo un poco más del apego. *Pedagogía magna*, 11, 215 – 223.
- Verdugo, A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34 (1), 1 – 17.
- Vetere, G. & Rodríguez, R. (2005). Validación empírica de modelos teóricos y tratamientos cognitivo-conductuales para el Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de psiquiatría*, 16, 170-175.
- Wilson, S., Lipsey, M. & Derzon, J. (2003). The effects of School: based intervention programs on aggressive behaviour: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.
- Zuluaga, J. (2002). La familia como escenario para la construcción de ciudadanía: una perspectiva desde la socialización en la niñez. Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/viewArticle/327>

## Anexos

### Anexo 1. Formato de consentimiento informado de participación IVh.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, identificada con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con base en mi potestad de acudiente legítimo de \_\_\_\_\_ identificada con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo a la institución ELOGIOS, para que se permita al psicólogo Omar Elías Torrado Duarte, estudiante de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, establecer un plan de registro sistemático de las pautas comportamentales de mi hija \_\_\_\_\_ al igual, el diseño de un plan de intervención directo o indirecto (los cuidadores), para el mejoramiento de los patrones conductuales de mi de hija.

Autorizo también, que la información recopilada y los adelantos en el proceso, sean expuestos en sesiones de clase de la especialización ya mencionada, con el debido respeto de su derecho a la intimidad, y con el manejo profesional pertinente, que procure el enriquecimiento teórico y práctico del proceso en desarrollo. Para lo anterior, se asignará a mi hija, el código personal IVh.

Se me ha garantizado que el proceso en ejecución, estará regido por el código deontológico y bioético, establecido en la ley 1090 de 2006, que rige para el ejercicio psicológico en Colombia.

Autorizo, de ser necesario y teniendo en cuenta el proceso académico que desarrolla el profesional que interviene, la grabación videográfica de mi hija, en una sesión de intervención psicológica, para ser presentada en una sesión de clase, con las determinaciones ya planteadas en este documento, aclarando que el vídeo debe ser eliminado, una vez concluya la actividad académica.

\_\_\_\_\_  
*Omar Elías Torrado Duarte*  
Evaluador  
Tarjeta Profesional: 127236

\_\_\_\_\_  
*Ismelia Villalobos Moreno*  
Consultante

## Anexo 2. Formato de consentimiento informado, participación IMM

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_, identificada con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, estoy dispuesta a participar voluntariamente en el proceso terapéutico diseñado y ejecutado por el psicólogo, estudiante de especialización Omar Elías Torrado Duarte. Estoy informada de que durante el proceso se me administrarán las pruebas psicológicas pertinentes, con el fin de investigar sobre mis pautas comportamentales; lo que se hará dentro del protocolo técnico establecido para cada una, y se me entregará un informe de resultados personalizado.

Entiendo que dentro del proceso académico de la especialización en psicológica clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, se llevarán a cabo sesiones de socialización en clase de la información que yo suministro, aunque se respetará mi derecho a la intimidad, empleando el código IMM para tal fin, y que la información compartida con docentes y demás estudiantes de la especialización, tendrá un manejo profesional tendiente al mejoramiento del proceso terapéutico que se desarrolla.

Autorizo al psicólogo Omar Torrado, para que en alguna situación en la que esté en riesgo mi propia vida o la vida de alguien más, con base en la información que yo suministre durante consulta, informe a mi hermana Luz Alba Villalobos, al teléfono 6902614.

Se me ha informado que cualquier diagnóstico referido en mi historia clínica, será dado teniendo en cuenta los parámetros del manual diagnóstico DSM IV, y que el plan de intervención se establecerá según el marco teórico y técnico del enfoque conductual. Adicionalmente, sé que el psicólogo Omar Torrado, podrá interrumpir el proceso terapéutico ante la situación en que se requiera y también, que yo estoy en el derecho de interrumpir mi participación en cualquier momento, sin recibir represarías por ello.

Se me ha garantizado que el proceso en ejecución, estará regido por el código deontológico y bioético, establecido en la ley 1090 de 2006, que rige para el ejercicio psicológico en Colombia.

---

*Omar Elías Torrado Duarte*  
Evaluador  
Tarjeta Profesional: 127236

---

*Ismelia Villalobos Moreno*  
Consultante

### Anexo 3. Formato de Consentimiento informado, participación cuidadores

#### **Consentimiento Informado**

*(En Cumplimiento con la Resolución N° 8430 De 1993)*

Usted ha sido escogido para participar en esta investigación por ser parte de la comunidad educativa de la Asociación para un Mejor Futuro ELOGIOS, en la que los practicantes de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana (U.P.B.), procuran a través de una intervención terapéutica integral, fortalecer la calidad de vida de los pacientes que la conforman.

Su situación personal será analizada por los/las profesionales que llevan a cabo la implementación del mismo.

En caso de presentarse situaciones que pongan en gravedad su vida y/o la de otras personas será necesario quebrantar el principio de confidencialidad, lo cual será determinado por los investigadores que realizan el estudio, en comunicación escrita, pero que no tiene que contar con su aceptación expresa.

De ser necesario, se consultará su caso con otros profesionales de la U.P.B., o se remitirá a consulta con especialistas para brindar el mejor tratamiento posible, lo cual le será comunicado verbalmente.

Adicionalmente, reconoce que la información que brinda durante su participación en este estudio es veraz y corresponde a su realidad, ya que dichos datos conformarán los resultados sobre los cuales se plantearán propuestas de intervención para disminuir el hostigamiento escolar. La atención que le brindarán los profesionales le ha sido dada a conocer y la ha aceptado.

Usted puede abandonar la investigación en el momento que lo decida, sin que esto altere su relación con la institución educativa a pesar de firmar este Consentimiento Informado.

En forma expresa manifiesta que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepta su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_

**Número de Cédula de Ciudadanía:** \_\_\_\_\_

**Ciudad y Fecha en que se firma:** \_\_\_\_\_

Anexo 4. Formato de registro de observación a IVh

<b>Matriz de Observación Sistemática</b>							
<b>Conducta (descripción)</b>	<b>Desencadenante</b>	<b>Hora</b>	<b>Intensidad</b> -1 2 3 4 5+	<b>Duración (minutos)</b>	<b>Contexto</b> Salón Comedor Dormitorio Exterior Otro	<b>Estrategia (cuidador)</b>	<b>Comportamiento posterior de IVh</b>

Anexo 5. Informe de visita domiciliaria realizada.

### **Informe Visita Domiciliaria**

**Fecha de visita:** Jueves 11 de Octubre de 2012

**Hora:** 1:30 p.m.

**Duración:** 1 hora y 30 minutos.

**Ubicación de la residencia:** Barrio [REDACTED]. Barrancabermeja, Santander.

**Objetivo:** Explorar el contexto de la residencia de IVh, desde el ámbito familiar, comunitario, ambiental y locativo.

Residentes: IMM e IVh

Entrevistador: Omar Elías Torrado Duarte

Desarrollo de la visita:

La señora IMM, según compromiso adquirido previamente, esperó junto con su hija IVh Villalobos al entrevistador Omar Torrado, en la institución educativa el castillo, ubicada en el barrio Buena Vista del municipio de Barrancabermeja, pretendiendo guiarlo hasta la residencia objetivo, que se encuentra a 3mo metros aproximadamente del sitio ya mencionado.

La presentación personal de IVh y de su madre era limpia e informal. IVh reacciona con un gesto de confianza frente al entrevistador, saludando y estrechando la mano de éste. La señora IMM demuestra estar ansiosa, debido según ella, a los trabajos de ampliación y remodelación que viene adelantando en su vivienda, los cuales se corroboraron, una vez estando en la vivienda.

La residencia lucía limpia, organizada e iluminada y ventilada apropiadamente. La sala de la vivienda se encuentra organizada con sillas plásticas en círculo y en sus paredes se evidencian carteles alusivos al Instituto Colombiano de bienestar Familiar (ICBF), debido al empleo que desarrolla la señora IMM.

La casa visitada cuenta con 2 alcobas, de las cuales una está dispuesta para IVh y otra para su madre, quien informa que en la última semana, ha dormido en su propia habitación en compañía de su hija, con el fin de “*aprovechar el poco tiempo*” que están juntas y para evitar su sensación de soledad.

IVh se muestra tranquila durante toda la visita, en el momento en que ingresa a su vivienda, se quita los zapatos y se dirige a la habitación de su madre, solicitando a esta, que encienda

el televisor y sintonice algún canal de programación religiosa, una vez viendo satisfechos sus requerimientos, IVh se acuesta en la cama de su madre y se concentra en el televisor.

Actualmente según IMM, la vivienda es habitada únicamente por ella y su hija, también menciona que mientras ha estado IVh en la casa, los obreros que adelantan la ampliación de la vivienda, no han hecho presencia, pues se está gestionando un trámite administrativo exigido por la alcaldía del municipio.

La señora IMM refiere que IVh a mantenido un comportamiento adecuado, no ha hecho pataletas dentro de la casa ni en exteriores, haciendo referencia específicamente a una visita realizada a un almacén de cadena, donde IVh mantuvo la calma y no arremetió a tirar al piso los objetos exhibidos, como suele hacerlo.

Durante la visita se pudo evidenciar que IVh ha desarrollado durante su estadía trabajos manuales, específicamente dibujos con vinilos, plasmando objetos alusivos a la navidad, como botas, muñecos de nieve y árboles navideños.

La señora IMM refiere la incomodidad que le causan sus vecinos debido al alto volumen que emplean para reproducir música, aunque durante la visita no se evidenció esto.

En general se pudo ver en el lapso de una hora y media que tuvo de duración la visita, el comportamiento pasivo de IVh en su vivienda, instalaciones adecuadas para su comodidad y conductas que demuestran ansiedad en la señora IMM.

Anexo 6. Examen Mental Abreviado - (Rosselli,Árdila, Pradilla, Morillo, Bautista, Rey O, et al., 2000)

	<b>EXAMEN MENTAL ABREVIADO (EMA)</b>	
--	--------------------------------------	--

*“A continuación voy a hacerle algunas preguntas y solicitarle que efectúe algunas tareas. Por favor responda y realice lo planteado”*

<b>A. DATOS GENERALES</b>	<b>RESPUESTA</b>
Nombre del entrevistado:	
Edad: / años	
Escolaridad: (años primaria + bachillerato + universidad; analfabeto)	

<b>B. ORIENTACIÓN</b>				
¿En qué año estamos?	Año		0	1
¿En qué mes del año estamos?	Mes		0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	Día		0	1
¿Qué fecha es hoy?	Fecha		0	1
¿Qué hora es?	Hora		0	1
¿En qué departamento estamos?	Departament o		0	1
¿En qué país estamos?	País		0	1
¿En qué ciudad estamos?	Ciudad		0	1
¿En qué sitio estamos ahora?	Sitio		0	1
¿En qué piso/barrio/vereda estamos?	Barrio		0	1
<b>Subtotal Parte B / 10</b>				

<b>C. RETENCIÓN</b>				
Repita después de mí, las siguientes palabras: CASA, ÁRBOL, PERRO. (Un segundo de intervalo entre palabras y dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa		0	1
	Árbol		0	1
	Perro		0	1
<b>Subtotal Parte C / 3</b>				

<b>D. ATENCIÓN Y CÁLCULO</b>				
Reste 7 a 100, sucesivamente, durante 5 veces. (Dé un punto por cada respuesta correcta. Espere hasta 10 segundos por respuesta.)	93		0	1
	86		0	1
	79		0	1
	72		0	1
	65		0	1
<b>Subtotal Parte D / 5</b>				

<b>E. EVOCACIÓN</b>				
Pedir que repita las palabras dadas anteriormente. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Casa		0	1
	Árbol		0	1
	Perro		0	1
<b>Subtotal Parte E / 3</b>				

<b>F. LENGUAJE</b>				
Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos. (Dar un punto por cada respuesta correcta)	Lápiz		0	1
	Reloj		0	1
<b>Puntaje / 2</b>				
Pedir que repita: "Si no bajo entonces usted suba". (Dar un punto si es correcta)	Repetición		0	1
	<b>Puntaje / 1</b>			

Decir: A continuación le voy a dar una orden; escúchela toda y realízela: “Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el suelo”. (De un punto por cada paso correcto)	Toma el papel con su mano derecha	0	1
	Lo dobla por la mitad	0	1
	Lo coloca en el suelo	0	1
	<b>Puntaje / 3</b>		
Pedir que haga lo que dice la tarjeta: “Cierre los ojos”. (Dar un punto si lo hace correctamente)	Cierra los ojos	0	1
	<b>Puntaje / 1</b>		
Pedir que escriba una frase. (Dar un punto si lo hace correctamente).	Escribe una frase	0	1
	<b>Puntaje / 1</b>		
	<b>Subtotal Parte F / 8</b>		

<b>G. COPIA</b>			
Copiar dos pentágonos cruzados en un ángulo. -Se muestra el dibujo-. (Dar un punto si lo hace exactamente).	Dibuja pentágonos	0	1
	<b>Subtotal Parte G / 1</b>		

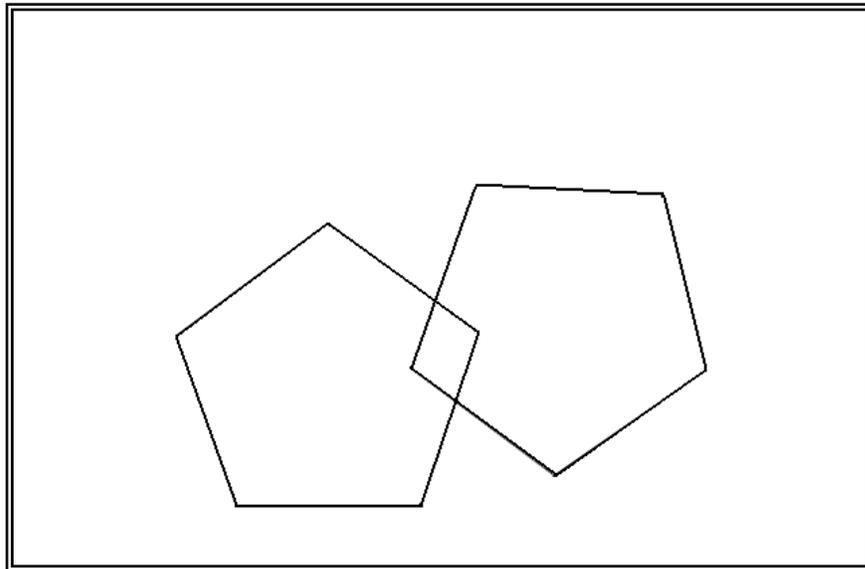
<b>H. ADICIÓN DE PUNTOS</b>			
(sumar 2 puntos a individuos con alteración visual evidente)	Alteración visual evidente	0	2
	Mayor de 65 años	0	1
(sumar 1 punto sujetos mayores de 65 años)	Mayor de 75 años	0	2
(sumar 2 punto sujetos mayores de 75 años)	<b>Subtotal Adición de puntos</b>		

<b>TOTAL GENERAL / 30</b>			
---------------------------	--	--	--

# CIERRE LOS OJOS

*Observaciones:*

---



Anexo EMA dirigido al evaluador

*(Recortar por las líneas)*

✂ El cuadrado (en la zona superior) se destina para la tarea de **Orden en tres pasos** correspondiente al tercer ítem de la sección **F. LENGUAJE**.

✂ Los rectángulos (en la zona inferior) se destinan así:

\* Uno para la tarea de **Escritura** correspondiente al quinto ítem de la

Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; validado al castellano por Conde & Franch, 1984).

### ***Inventario de Depresión de Beck***

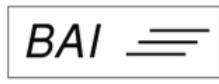
En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale con una **X** cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,(se puntuará 0-1-2-3).

1. No me siento triste \_\_\_\_  
Me siento triste \_\_\_\_  
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo \_\_\_\_  
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo \_\_\_\_
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro \_\_\_\_  
Me siento desanimado respecto al futuro \_\_\_\_  
Siento que no tengo que esperar nada \_\_\_\_  
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán \_\_\_\_
3. No me siento fracasado \_\_\_\_  
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas \_\_\_\_  
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso \_\_\_\_  
Me siento una persona totalmente fracasada \_\_\_\_
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes \_\_\_\_  
No disfruto de las cosas tanto como antes \_\_\_\_  
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas \_\_\_\_  
Estoy insatisfecho o aburrido de todo \_\_\_\_
5. No me siento especialmente culpable \_\_\_\_  
Me siento culpable en bastantes ocasiones \_\_\_\_  
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones \_\_\_\_  
Me siento culpable constantemente \_\_\_\_
6. No creo que esté siendo castigado \_\_\_\_  
Me siento como si fuese a ser castigado \_\_\_\_  
Espero ser castigado \_\_\_\_  
Siento que estoy siendo castigado \_\_\_\_
7. No estoy decepcionado de mí mismo \_\_\_\_  
Estoy decepcionado de mí mismo \_\_\_\_  
Me da vergüenza de mí mismo \_\_\_\_  
Me detesto \_\_\_\_
8. No me considero peor que cualquier otro \_\_\_\_  
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores \_\_\_\_  
Continuamente me culpo por mis faltas v

- Me culpo por todo lo malo que sucede \_\_\_\_
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio \_\_\_\_  
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería \_\_\_\_  
Desearía suicidarme \_\_\_\_  
Me suicidaría si tuviese la oportunidad \_\_\_\_
10. No lloro más de lo que solía llorar \_\_\_\_  
Ahora lloro más que antes \_\_\_\_  
Lloro continuamente \_\_\_\_  
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera \_\_\_\_
11. No estoy más irritado de lo normal en mí \_\_\_\_  
Me molesto o irrito más fácilmente que antes \_\_\_\_  
Me siento irritado continuamente \_\_\_\_  
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme \_\_\_\_
12. No he perdido el interés por los demás \_\_\_\_  
Estoy menos interesado en los demás que antes \_\_\_\_  
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás \_\_\_\_  
He perdido todo el interés por los demás \_\_\_\_
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho \_\_\_\_  
Evito tomar decisiones más que antes.  
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes \_\_\_\_  
Ya me es imposible tomar decisiones \_\_\_\_
14. No creo tener peor aspecto que antes \_\_\_\_  
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo \_\_\_\_  
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo \_\_\_\_  
Creo que tengo un aspecto horrible \_\_\_\_
15. Trabajo igual que antes \_\_\_\_  
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo \_\_\_\_  
Tengo que obligarme mucho para hacer algo \_\_\_\_  
No puedo hacer nada en absoluto \_\_\_\_
16. Duermo tan bien como siempre \_\_\_\_  
No duermo tan bien como antes \_\_\_\_  
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir \_\_\_\_  
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir \_\_\_\_
17. No me siento más cansado de lo normal \_\_\_\_  
Me canso más fácilmente que antes \_\_\_\_  
Me canso en cuanto hago cualquier cosa \_\_\_\_  
Estoy demasiado cansado para hacer nada \_\_\_\_

18. Mi apetito no ha disminuido \_\_\_\_  
No tengo tan buen apetito como antes \_\_\_\_  
Ahora tengo mucho menos apetito \_\_\_\_  
He perdido completamente el apetito \_\_\_\_
19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada \_\_\_\_  
He perdido más de 2 kilos y medio \_\_\_\_  
He perdido más de 4 kilos \_\_\_\_  
He perdido más de 7 kilos \_\_\_\_  
Estoy a dieta para adelgazar \_\_\_\_
20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal \_\_\_\_  
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento \_\_\_\_  
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más \_\_\_\_  
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa \_\_\_\_
21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés \_\_\_\_  
Estoy menos interesado por el sexo que antes \_\_\_\_  
Estoy mucho menos interesado por el sexo \_\_\_\_  
He perdido totalmente mi interés por el sexo \_\_\_\_

Anexo 8. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por su siglas en inglés) (Brown, Epstein, & Steer, 1988).



**Identificación** ..... **Fecha** .....

*Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:*

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor) .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**TOTAL:**

**A.F.**

**A.S.**



Anexo 10. Maslach Burnout Inventory (MBI-ES) (Maslach, Jackson, & Schwab, 1986; adaptación al castellano Naipone, 2008).

## **Maslach Burnout Inventory – Educator’s Survey (MBI-ES) <sup>1</sup> Adaptado<sup>2</sup> (versión en castellano)**

<i>Código</i>	
---------------	--

El propósito de este cuestionario es obtener la opinión de los docentes respecto a su trabajo como también respecto a la gente con la que lo realiza.

En la página siguiente se presentan 22 frases que hacen referencia a sentimientos relacionados con el trabajo. Por favor, lea cada una de estas frases cuidadosamente y decida si alguna vez ha experimentado ese sentimiento en relación con su trabajo. Si lo ha experimentado, indique con qué frecuencia escribiendo el número que mejor lo describa (1 al 6). A continuación le mostramos un ejemplo.

### **EJEMPLO:**

---

FRECUENCIA:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
No, nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días

---

FRECUENCIA:

0-6      Frase:

.....Me siento deprimido/a en el trabajo.

---

Si no se ha sentido nunca deprimido/a en el trabajo, escribiría el número “0” (cero) debajo del encabezado de “FRECUENCIA”. Si se ha sentido deprimido/a en el trabajo pocas veces (algunas veces al año o menos), escribiría el número “1”. Si los sentimientos de depresión son muy frecuentes (algunas veces por semana, pero no diariamente), escribiría el número “5”.

---

FRECUENCIA:

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
No, nunca	Algunas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez por semana	Algunas veces por semana	Todos los días

---

FRECUENCIA:

0-6 Frase:

1..... Me siento “exprimido/a” emocionalmente por mi trabajo<sup>1</sup>.

2.....Me siento agotado/a al final de la jornada laboral.

3.....Me siento cansado/a, cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otra jornada laboral.

4.....Puedo entender con facilidad cómo se siente el alumnado sobre lo que les pasa.

5.....Siento que trato a algunos alumnos/as de forma impersonal<sup>2</sup>.

6.....Trabajar con personas todo el día me supone un gran esfuerzo.

7.....Me ocupo de una manera efectiva de los problemas de mi alumnado.

8.....Estoy quemado/a debido a mi trabajo<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Me siento “sobre exigido(a) emocionalmente por mi trabajo

<sup>2</sup>Es decir, a través de apodosos o palabras peyorativas o sin prestar atención a su individualidad

<sup>3</sup> Estoy altamente desgastado por el trabajo

- 9.....Siento que a través de mi trabajo influyo positivamente en la vida de otras personas.
- 10.....Soy menos sensible con los problemas de la gente desde que tengo este trabajo.
- 11.....Me preocupa que mi trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
- 12.....Me siento con mucha alegría.
- 13.....Me siento frustrado/a por mi trabajo.
- 14.....Siento que estoy trabajando demasiado.
- 15.....No me preocupa realmente lo que le ocurra a algunos alumnos/as.
- 16.....Trabajar directamente con personas me produce demasiado estrés.
- 17.....Puedo crear fácilmente un ambiente relajado con mi alumnado.
- 18.....Me siento plenamente satisfecho/a después de trabajar con mi alumnado.
- 19.....He conseguido cosas muy positivas en este trabajo.
- 20..... Siento como si estuviese en el límite de mis fuerzas.
- 21.....Siento que en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
- 22.....Siento que el alumnado me responsabiliza de algunos de sus problemas.

Anexo 11. Resumen del desarrollo de cada sesión en el tratamiento terapéutico implementado con IMM.

Se sió n	Objetivos	Actividad	Técnica o instrumento implementado
1	Establecer contrato terapéutico e indagar el motivo de consulta	Se realiza el establecimiento de una relación empática entre el terapeuta y paciente, además de presentar el método de trabajo a desarrollar tanto con IVh como con IMM y se establece el motivo de consulta de IMM: “me siento deprimida siempre y no sé ¿por qué?”	Entrevista no estructurada
2	Indagar en sobre el contexto de la problemática referenciada, tanto a nivel relacional con IVh como a nivel afectivo, en consideración con su vida de pareja.	A través de entrevista no estructurada, se identifica el contexto del motivo de consulta y se indaga sobre antecedentes personales, familiares, sociales, laborales, afectivas, tiempo de ocio, entre otros.	Entrevista no estructurada
3	Evaluar el estado cognitivo general de IMM, además de su sintomatología depresiva y ansiosa en la última semana	Se administran los instrumentos de evaluación psicológica: Examen mental Abreviado (EMA); Inventario de Depresión de Beck (BDI); y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Examen mental Abreviado (EMA). Inventario de Depresión de Beck (BDI). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
4	Indagar en la paciente su autoconcepto y postura frente a su familia, amigos, trabajo y el futuro.	Se realiza entrevista encausada a conocer el autoconcepto de IMM, lográndose identificar que se concibe como una persona “blandengue”, “sola”, con quien “nadie quiere estar” a pesar de ser “una persona amable”. E identifican también antecedentes de ideación suicida debido a su anterior relación de pareja. Se establecen los objetivos terapéuticos y las metas clínicas del proceso a	Entrevista no estructurada

		desarrollar.	
5	Establecer hechos concretos que pudieran estar reforzando el autoconcepto de IMM.	A través del diálogo socrático se motiva a IMM a cuestionarse sobre la veracidad de sus pensamientos sobre sí misma y su contexto social; se deja la tarea de realizar un autorregistro, y se explica su estructura.	Entrevista no estructurada / diálogo socrático
6	Revisar la comprensión de la tarea a realizar y los pormenores allí registrados. Iniciar un proceso de capacitación sobre el retraso mental y las técnicas de manejo conductual.	Se realiza la revisión del autorregistro desarrollado por IMM, se identifican algunas situaciones en las que ella logró valerse por sí misma, y en las que logró la ayuda de los demás. Se realiza una descripción general de las características neurológicas del retraso mental las técnicas de manejo.	Diálogo socrático / entrenamiento
7	Entrenar a IMM en la realización de técnicas de relajación (respiración diafragmática y relajación muscular sistemática)	Se realiza la revisión de los autorregistros realizados por IMM desde la sesión anterior, mediante diálogo socrático se intenta corroborar mediante evidencias sus pensamientos; se entrena en técnicas de relajación; y se deja de tarea, retomar actividades personales, que por temor al fracaso o rechazo dejó de hacerlas, por ejemplo reunirse con sus hermanas.	Relajación muscular sistemática y respiración diafragmática
8	Identificar el nivel de avance en IMM y el cumplimiento de las tareas	Se logra identificar un avance respecto a su sintomatología depresiva y ansiosa, aunque se evidencia un bajo compromiso con el mejoramiento de la relación con IVh	Inventario de Depresión de Beck (BDI). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Entrevista no estructurada
9	Reforzar la capacitación sobre el trastorno de retraso mental y su manejo a IMM	Se refuerza la información inicialmente referenciada a IMM sobre el trastorno de retraso mental y su manejo; se revisan los apuntes del formato	Entrenamiento

		de autorregistro y se realiza una discusión en torno a los pormenores del mismo; se continua observando bajo nivel de compromiso de IMM frente al tratamiento de IVh	
10	Fortalecer en IMM su figura de autoridad frente a IVh y el compromiso que tiene con el tratamiento de IVh	Mediante diálogo socrático se da un punto de vista a IMM sobre su bajo nivel de compromiso con IVh y su tratamiento, instándose a seguir las instrucciones que se le dan en cada sesión y evocando su nivel de responsabilidad en el avance o no, de IVh	Entrevista no estructurada / diálogo socrático
11	Reforzar el entrenamiento de IMM en técnicas de manejo conductual, y se fortalece el conocimiento sobre el trastorno de retraso mental.	Inicialmente se realiza la revisión de las tareas terapéuticas, comprobándose su adecuado cumplimiento, y se realiza una nueva sesión de entrenamiento en técnicas conductuales para el manejo del trastorno del retraso mental, a la vez que se evidencia un avance en el nivel de compromiso con el tratamiento de IVh.	Entrenamiento
12	Identificar el nivel de avance en IMM en cuanto a su sintomatología depresiva y ansiosa.	Se revisan los apuntes realizados en el formato de autorregistro, a la vez que la realización de las técnicas de relajación; adicionalmente se realiza la evaluación de la sintomatología depresiva y ansiosa en IMM en la última semana.	Inventario de Depresión de Beck (BDI). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Entrevista no estructurada
13	Realizar el cierre del proceso terapéutico desarrollado	Se retoman los objetivos establecidos al principio del proceso, su nivel de cumplimiento, se resuelven dudas sobre el desarrollo del tratamiento y la etapa post-tratamiento; se deja abierta la posibilidad de realizar sesiones de seguimiento.	