

**INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTE INSTITUCIONALIZADA CON
INTELIGENCIA LÍMITE EN COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS**

Ps. OMAIRA BAUTISTA ANAYA

ASESORA:

Ps. Esp. PAOLA XIMENA SANTOS URIBE



**PROYECTO DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
PSICOLOGIA CLINICA**

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGIA

BUCARAMANGA

2013

CONTENIDO

INTRODUCCION-----	5
REFERENTE CONCEPTUAL-----	5
METODO-----	15
EVALUACION Y DIAGNOSTICO -----	17
EVALUACION MULTIAXIAL-----	20
FORMULACION DEL CASO-----	20
ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA-----	21
HIPOTESIS DE ADQUISICION -----	25
HIPOTESIS DE MANTENIMIENTO-----	25
TRATAMIENTO-----	26
RESULTADOS-----	33
SEGUIMIENTO Y PREVENCION DE RECAIDAS-----	36
DISCUSION-----	37
CONCLUSIONES-----	39
REFERENCIAS -----	41

RESUMEN

TITULO: INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN PACIENTE INSTITUCIONALIZADA CON INTELIGENCIA LÍMITE EN COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS

AUTOR: OMAIRA BAUTISTA ANAYA

FACULTAD: ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

DIRECTORA: PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

RESUMEN

El presente trabajo describe un proceso de intervención psicoterapéutica desde el modelo conductual con una paciente de sexo femenino de 25 años de edad, que presenta déficit cognitivo/inteligencia límite en comorbilidad con discapacidad física que le genera leve dificultad para caminar e incontinencia urinaria por enfermedad médica, asociado a antecedentes de mielo meningocele y que ha desarrollado su vida desde un medio institucional, por abandono de sus padres desde muy temprana edad. En la valoración inicial se evidencia un estado de ánimo depresivo, déficit en el control de los impulsos y carencia en el manejo de habilidades sociales que le generan dificultad para desenvolverse con autonomía y alcanzar la independencia, por lo que se mantiene institucionalizada. Mediante el modelo terapéutico conductual se implementó un entrenamiento en el manejo de habilidades sociales y en el autocontrol de impulsos alcanzando un repertorio de conductas socialmente habilidosas que le permitieron mantenerse en el desarrollo de una actividad pre laboral y disminuir las respuestas agresivas tanto en el contexto laboral como el hogar institución.

PALABRAS CLAVES: Mielo meningocele, déficit en el control de impulsos, institucionalización, habilidades sociales, inteligencia límite.

ABSTRACT

TITLE: BEHAVIORAL INTERVENTION IN PATIENT
INSTITUTIONALIZED WITH INTELLIGENCE
COMORBIDITY EXTENT TO OTHER DISORDERS

AUTHOR: OMAIRA BAUTISTA ANAYA

FACULTY: SPECIALIZATION IN CLINICAL PSYCHOLOGY

DIRECTOR(A): PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

ABSTRACT

This paper describes a psychotherapeutic intervention process from the behavioral model with a female patient of 25 years old, who has cognitive deficits/comorbid borderline intelligence in physical disability that generates mild difficulty walking and urinary incontinence medical illness, associated with a history of myelomeningocele and that his life has developed from an institutional means for abandoning their parents from an early age, showing depressed mood, deficits in impulse control and lack in the use of social skills that generate difficulty coping with achieving independence and autonomy, so that remains institutionalized. By therapeutic model was implemented behavioral management training in social skills and self-control of emotions reaching a socially skille behavior repertoire hat allowed him to stay in the development of apre-employment activity and decrease aggressive responses bo thin the employment context as the home institution.

KEYWORDS: Myelomeningocele, deficits in impulse control, institutionalization, social skills, borderline intelligence.

INTRODUCCIÓN

El Refugio San José es una entidad sin ánimo de lucro, de orden religioso, ubicada en la ciudad de Bucaramanga que lleva alrededor de 25 años prestando servicios de atención a población en condición de vulnerabilidad, especialmente niñas y adolescentes que presentan quebrantamiento de sus derechos, para lo cual mantiene convenios con entidades gubernamentales, brindando servicios de atención integral a la población usuaria.

El caso único que se aborda en el presente artículo es tomado debido a la complejidad del mismo, en donde tras haberse desarrollado las acciones de atención integral evaluadas como pertinentes, no se han logrado los objetivos de generar en la joven herramientas para des institucionalizarse y emprender una vida autónoma e independiente.

REFERENTE CONCEPTUAL

El abandono por parte de los padres hacia los hijos, hace que estos, en el mejor de los casos sean asumidos por el estado, en donde los niños y/o adolescentes son ubicados en instituciones que velan por su desarrollo integral, buscando el restablecimiento de los derechos que les han sido vulnerados, colocando a disposición vivienda, alimentación, educación, vestimenta y paralelamente se les ofrecen servicios médicos, psicológicos, nutricionales y odontológicos entre otros, todo con el propósito de formar individuos sanos de mente y de cuerpo que se incluyan en la sociedad

positivamente. Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados se halla que si bien es cierto se logra la satisfacción de las necesidades básicas, por razones de atención los niños y/o adolescentes institucionalizados, crecen con grandes carencias, especialmente en lo relacionado con el área afectiva, experimentando sentimientos de inseguridad y frustración que interfieren en el desarrollo de habilidades sociales y les dificulta el afrontamiento de las exigencias del contexto. Según Aillón (2000, citado por Pérez, 2008) la separación o el rompimiento de vínculos que se da entre los niños y/o adolescentes y la consecuente institucionalización origina en la mayoría de ellos, sentimientos de culpa que rompen de alguna manera el sentir de individuos valiosos de sí mismos.

Cuando el niño es separado en los primeros meses de vida, se altera la satisfacción de las necesidades afectivas, más concretamente la de establecer vínculos estables con los progenitores o quienes lo sustituyan. El reconocimiento de la importancia en la interacción madre e hijo, es en gran medida atribuible a las influencias del psicoanálisis, quien entendía la relación madre e hijo desde la teoría de la pulsión secundaria afirmando que la razón por la cual un niño desarrolla un vínculo estrecho con su madre, radica en la alimentación y la satisfacción de necesidades básicas como hambre y sed. Esta tendencia errónea a subordinar la dimensión afectiva del hombre a la mera dependencia física no encontró evidencia empírica lo que condujo a la búsqueda de una teoría alternativa que fuese más coherente.

Frente a este aspecto Polaino (1996) expone que en la década de los años treinta y cuarenta, los clínicos comenzaron a interesarse por los efectos negativos que tenía sobre el desarrollo de la personalidad del niño, el prolongado cuidado institucional y/o los frecuentes cambios de la figura materna durante los primeros años de vida, entre ellos alude los trabajos desarrollados por Laretta Bender (Bender y Yarnell, 1941) y especialmente a Bowlby (1940, 1944) mencionando en relación a este último los estudios que realizó en el año de 1989, sobre los que indica observaciones sobre las reacciones emocionales de los niños cuando son separados de sus madres y llamando la atención sobre la aguda aflicción de los que se ven separados de aquellos a quienes conocen y aman, analizando los efectos adversos que genera la privación de cuidados maternos en el ulterior desarrollo. Todos estos estudios establecieron aportes señalando que la privación del amor materno en la primera infancia puede tener efectos de gran alcance sobre el desarrollo de la salud mental y de la personalidad de los seres humanos, precisando datos con niños que vivían en instituciones, hospitales y hogares sustitutos, en los que se señaló, que al faltar el cuidado materno, casi siempre se retrasa (física, intelectual y socialmente) el desarrollo del niño, pudiendo manifestarse en síntomas y alteraciones físicas y mentales. Al respecto Polaino y Vargas (1996) confirman en sus estudios que en “niños que estuvieron institucionalizados hasta los tres años, se encontró un retraso considerable en la inteligencia, la capacidad de pensamiento abstracto, madurez social, capacidad de obedecer reglas, capacidad de hacer amigos y retraso en el habla” (Pag 17), acotando así mismo que la ausencia de cuidados maternos es más grave cuanto menor sea la

edad del niño y refiere como etapa de mayor impacto la que va desde el nacimiento hasta los tres años.

Es así, como se manifiesta que las clases de experiencias que una persona tiene, en especial durante su infancia, afectan en gran medida tanto sus expectativas de consolidar o no más adelante una base personal segura, como al grado de capacidad que posee para iniciar y mantener una relación mutuamente gratificante cuando tenga oportunidad para ello, así, cualquier patrón que se establezca primeramente tiende a persistir a lo largo de su vida, siendo este el principal motivo por el que se señala que el modelo de relaciones familiares que una persona experimenta durante su infancia es de crucial importancia para el desarrollo de la personalidad.

En relación a esto se halla, que los seres humanos de todas las edades son más felices y pueden desarrollar mejor sus capacidades cuando piensan que tras de ellos hay personas de confianza que los ayudaran si existen dificultades. Según Bowlby (1969), la persona en la que se confía, designada también como attachment figure (figura a la que se tiene apego) puede considerarse que proporciona a su compañero o compañera una base segura desde la cual operar.

Esta necesidad no es exclusiva de niños, ya que existen motivos para admitir que tal necesidad se produce también en adolescentes y en adultos maduros, pero desde luego en los últimos la demanda por lo general es menos notoria. Al respecto Bowlby (1989) señala “la teoría del apego considerada como la tendencia a establecer lazos

emocionales íntimos con determinadas personas, como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta hasta la vejez” (Pag 64).

Los referentes conceptuales revisados, coinciden en señalar que las más intensas emociones humanas surgen durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de las relaciones, en las que el mantenimiento de las mismas es experimentado como una fuente de seguridad, la amenaza de ruptura o pérdida da lugar a ansiedad y con frecuencia a ira. Bowlby (1967) en un estudio aporta datos que sostienen la hipótesis que “una autoconfianza sólidamente fundamentada se desarrolla de modo paralelo a la confianza en la madre, la cual proporciona al hijo una base segura a partir de la cual explorar el entorno” (pag 64).

La Teoría de apego es un modo de concebir la propensión que muestran los seres humanos a establecer vínculos solidos afectivos con otras personas determinadas y explicar las múltiples formas de trastorno emocional y de alteraciones de la personalidad, incluyendo la ansiedad, la ira, la depresión y el apartamiento emocional que ocasiona la separación involuntaria y la perdida de seres queridos.

En lo que se refiere a niños y adolescentes que se han visto afectados por la ausencia de referentes o figuras de apego y que se ven inmersos en instituciones que buscan en lo posible suplir la carencia del hogar clásico reemplazando la función educativa, socializadora, afectiva y económica, se halla que las pretensiones son

positivas pero los medios son limitados; como lo menciona, Urioste (1989 citado por Pérez, 2000) “en el caso de la función socializadora, al permanecer en un ambiente muy cerrado, los adolescentes adquieren una percepción falsa del mundo circundante y tendencia a la segregación social” (pág. 25).

Junto a esto y dentro del cumplimiento y satisfacción de las funciones afectivas, la constante rotación de personal en las instituciones no facilita un acercamiento ni establecimiento de vínculos afectivos, por lo que niños, adolescentes y posteriormente adultos presentan generalmente dificultades para desenvolverse en el entorno en relación a la deficiencia en el desarrollo de competencias y habilidades sociales.

DEFINICION Y DESCRIPCION DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Existen diferencias a la hora de definir que es una conducta socialmente habilidosa, ya que se han dado múltiples definiciones, no teniéndose un acuerdo explícito, sobre lo que puede considerarse exactamente el término. Primero que todo, según Wilkinson y Canter (1982 citados por Caballo 2009) refieren que la habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural, como los patrones de relación que varían entre las culturas y al interior de la misma, además se deben tener en cuenta factores del individuo como la edad, el sexo, la clase social y aspectos como valores, creencias, capacidades cognitivas y un estilo único de interacción. Así mismo no existe una única manera universal correcta de comportarse, sino una serie de planteamientos diferentes que pueden variar de acuerdo con el individuo, puesto que dos personas pueden comportarse de modos totalmente distintos en una misma situación o la misma persona

en dos situaciones similares y ser consideradas ambas respuestas en el mismo grado de habilidad social. Por ende la conducta socialmente habilidosa para algunos autores debe definirse en términos de la efectividad de su función en una situación, en vez de en términos de su topografía, Argyle 1981; 1984; Kelly, 1982; Linehan, (1984, citado por Caballo 2009).

Tomando estos elementos en relación a emplear las consecuencias como criterio de definición, Caballo (2009) define así “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”(P 407).

A nivel general desde el modelo conductual se conceptualiza las habilidades sociales desde la especificación de tres componentes “una dimensión conceptual (tipo de habilidad), una dimensión personal (tipo variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental)”, Caballo (2009, p.408)

Atendiendo a estos fundamentos, se halla que estas dimensiones de la conducta se llevan a cabo necesariamente con determinadas personas y en presencia de ciertos factores situacionales que favorecen o no el desarrollo de estas conductas. Caballo (2009), menciona que no hay datos definitivos sobre cómo y cuándo se aprenden las

habilidades sociales, pero señala que la niñez es sin duda un período crítico, refiriendo que al igual que otras capacidades, es probable que dependan de la maduración y de las experiencias de aprendizaje. La explicación más probable para este temprano aprendizaje la ofrece la teoría del aprendizaje social, teniendo en cuenta factores como el modelado y la instrucción, así como también las respuestas sociales que son reforzadas o castigadas y que hacen que aumenten y se refinen algunas conductas o disminuyan y desaparezcan otras.

Según Trower, Bryant y Argyle, (1978, citados por Caballo 2009) la oportunidad de practicar la conducta en una serie de situaciones y el desarrollo de las capacidades cognitivas, son otros de los procedimientos que parecen estar implicados en la adquisición de las habilidades sociales.

A la luz de esto la actuación social puede también ser inhibida u obstaculizada por perturbaciones cognitivas y afectivas como trastornos de ansiedad y depresión, Bellack y Morrison (1982, citados por caballo 2009).

Para el caso que se presenta es importante profundizar en la comprensión del proceso superior de la inteligencia y específicamente en el grado de inteligencia límite y sus implicaciones en los procesos de afrontamiento a las exigencias del entorno.

EL CONCEPTO DE INTELIGENCIA

En la literatura existen numerosas definiciones de lo que es la inteligencia, para unos es la capacidad de pensar de forma abstracta, Terman, (1921, citado por Ardila 2011), para otros es la capacidad de adaptarse al ambiente, Piaget, (1952, citado por

Ardila 2011) y actualmente, el concepto de inteligencia incluye todas las definiciones que se han venido elaborando a lo largo de los años; “ Inteligencia es un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales que permiten la adaptación eficiente al ambiente físico y social. Incluye la capacidad de resolver problemas, planear, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender de la experiencia. No se identifica con conocimientos específicos ni con habilidades específicas sino que se trata de habilidad cognitiva general, de la cual forman parte las capacidades específicas. Ardila (2011, P. 100)

El puntaje denominado Cociente Intelectual (C.I.), propuesto en 1912 por el psicólogo alemán William Stern y mencionado por Ardila (2011), resulta de la edad mental (la capacidad intelectual de la persona, medida por medio de test que se han estandarizado para cada nivel de edad), dividida por la edad cronológica (en meses) y multiplicado por 100 para que se obtenga un número entero:

Se considera un CI de 100 como estadísticamente normal, con una variación de 15 puntos: 100 ± 15 (o sea entre 85 y 115). La distribución de inteligencia en la población tiene la forma de curva normal o curva de Gauss (curva de campana) como muchas otras habilidades y características de las poblaciones. Una persona con menos de 85 de CI se considera subnormal y una persona con más de 115 se considera supra normal.

Las personas con *Inteligencia “Borderline” o Límite*, se caracterizan por tener un CI situado entre 70 y 85, siendo la media entre 85 y 115, justo por debajo de lo que

considera la OMS dentro de la normalidad. Además, presentan déficit en la capacidad adaptativa al menos en dos de las siguientes áreas: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas, ocio, salud y seguridad.

Las personas con capacidad de inteligencia límite se encuentran en una complicada situación puesto que ni se encuadran dentro de la “normalidad” ni del “retraso”. Los niños y sus familias tienen que hacer frente a una realidad muchas veces difícil de entender, dado que estos, a lo largo de su infancia y adolescencia viven más experiencias de fracaso que de éxito y esto conlleva a que en muchas ocasiones eviten enfrentarse a situaciones en las que corran peligro de equivocarse. La poca tolerancia a la frustración limita la vivencia de experiencias personales, que ayudan a cualquier persona a crecer y madurar. La autoestima se resiente y el bienestar disminuye siendo probable que surjan trastornos emocionales o conductuales, Molinero (2010).

Según Molinero (2010), las características más generales que presentan este tipo de personas son las que se citan a continuación: No presentan rasgos físicos aparentes, desfase entre la edad cronológica y la edad mental, falta de iniciativa y limitada capacidad para generar mecanismos racionales que les permitan la resolución de problemas cotidianos, capacidad creativa escasa lo cual les impide adaptarse con éxito a situaciones “nuevas”, dificultad en la toma de decisiones y en la resolución de conflictos, psicomotricidad afectada, en especial la psicomotricidad fina, proceso de aprendizaje lento, que implica más apoyo y más tiempo que sus grupos de iguales,

déficit en la comprensión de dimensiones abstractas, dificultades para organizarse, requieren mecanizar, repetir la operación y aprenderla siguiendo un modelo o esquema previo. En ellos predomina la inteligencia cristalizada (aquella que implica la capacidad para enfrentarse a tareas que requieren entrenamiento) sobre la inteligencia fluida (aquella que indica la capacidad para solucionar problemas previamente desconocidos, mediante la adaptación y la flexibilidad.)

De acuerdo a lo anterior se halla que cuando convergen en una persona condiciones particulares como poseer una capacidad intelectual deficitaria, procesos de institucionalización y limitaciones físicas de orden congénito, se generan implicaciones en las diferentes dimensiones de la persona. Lo anterior lleva a abordar desde lo psicológico un caso único con estas características y plantear una intervención psicoterapéutica desde el enfoque conductual, en el que se establecen objetivos puntuales en relación a habilitar las posibilidades de relación que lleven a ganar auto reconocimiento positivo, mejorar la confianza en sí misma y sobre todo a afrontar de manera satisfactoria las exigencias del entorno.

MÉTODO

PARTICIPANTE

Consultante de sexo femenino, de 25 años de edad, con escolaridad bachiller y que se encuentra bajo protección del estado por abandono de la madre desde que tenía aproximadamente un año de edad. Presenta antecedentes clínicos en relación a su estado de salud, con diagnóstico de vejiga neurogénica y leve dificultad para caminar,

asociado a secuelas de mielo-meningocele e inteligencia límite según escala de inteligencia Weschler, prueba de inteligencia WAIS, aplicada en el mes de diciembre del año 2006, en la que arrojó puntuaciones de un CI VERBAL: 76, CI MANIPULATIVO: 90, CI TOTAL: 82, clasificándose con inteligencia límite o borderline.

Desde hace aproximadamente cuatro años recibe tratamiento psiquiátrico, con diagnóstico de trastorno depresivo, asistiendo a controles mensuales y recibiendo tratamiento farmacológico con Sertralina de 100 mg., fluoxetina 20 mg. y trazodona 50 mg.

La joven permaneció hasta cumplir los dieciocho años de edad en un medio institucional al cabo de los cuales fue trasladada al Refugio San José, donde permanece actualmente. En relación a su conducta y evolución a lo largo de las primeras etapas de su vida, la información que se tiene es limitada, dado que los únicos datos a los que se ha podido acceder corresponden a los manifestados por la misma consultante, quien revela que durante su infancia le practicaron varias cirugías y solo pudo caminar a la edad de 12 años, reconociendo este aspecto como el mayor logro alcanzado en su vida. En relación a su conducta, expresa que en la anterior institución en un comienzo le realizaban la mayoría de las actividades propias de su auto cuidado, por lo que se fue acostumbrando a esto, también manifiesta que desde muy pequeña ha mantenido un vocabulario soez con adultos y con pares, argumentando que en muchas ocasiones esta era la forma para que se le atendiera y se le prestara atención a sus necesidades de forma inmediata. Su proceso escolar estuvo inicialmente a cargo de las personas

cuidadoras quienes fueron las encargadas de enseñarle a leer y escribir y solo empezó a asistir al colegio cuando pudo movilizarse por sí misma. En el curso de su bachillerato presento dificultades por bajo rendimiento académico, logrando culminarlo a los 21 años de edad en la modalidad semestralizado. En el medio institucional actual presenta descuido en sus hábitos de higiene personal, escasa motivación para desarrollar actividades y dificultad en la relación con sus pares a quienes trata de manera agresiva a nivel verbal. De igual manera se enfrenta constantemente con los adultos que son figura de autoridad, dado que no acepta orientaciones y se torna verbalmente agresiva cuando se le hace algún requerimiento o exigencia. La consultante ha presentado dificultad en el desarrollo de su proyecto de vida, y a pesar de que ha recibido capacitaciones y ha tenido espacios de desempeño pre laboral, no logra estabilizarse en estos contextos y los abandona, aspectos que han dificultado el alcance de la autonomía e independencia que le permita des institucionalizarse.

El motivo por el cual es atendida en el servicio de psicología obedece al constante malestar que genera en la convivencia con las demás usuarias del programa y con los adultos cuidadores, por presentar deficientes hábitos de higiene, actitudes verbalmente agresivas hacia figuras de autoridad, deseo de no permanecer más tiempo en la institución y dificultad para mantenerse en los procesos de capacitación o formación pre laboral.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La evaluación fue dirigida a comprender las conductas problema que presentaba en la actualidad y plantear un análisis explicativo, identificando factores predisponentes y mantenedores, al igual que establecer objetivos terapéuticos específicos. Para ello se emplearon los siguientes instrumentos de evaluación.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Ministerio de salud de Colombia, resolución número 1995 (1999). En el caso se retomaron los registros de la historia para explorar los antecedentes médicos, psiquiátricos y psicológicos de la consultante.

ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica según la literatura conductual, es el instrumento de evaluación conductual más frecuente, Haynes& Jensen, (1979, Nelson, 1983, citado por Cormier 2000). Para el caso se llevaron a cabo tres entrevistas abiertas a través de las cuales se obtuvo información que permitió tener una comprensión de la problemática y plantear un análisis funcional de la conducta.

OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

La observación conductual en ambientes naturales o en aquellos diseñados de manera especial contribuye a la evaluación clínica o psico educativa, Sattler (2003).

En el caso de la consultante se realizó observación en la interacción dentro del contexto hogar/institución y en el contexto laboral, observándose déficit en el repertorio de habilidades sociales, dificultad en el afrontamiento de las críticas, dificultad para la manifestación de sentimientos como desagrado o molestias justificadas, dificultad para disculparse y admitir faltas y dificultad para la defensa sus derechos como persona adulta. Así mismo se observó baja iniciativa para realizar funciones y desenvolverse en el contexto pre laboral.

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO

STAXI-2 Inventario de expresión de la ira estado – rasgo: inventario que permite evaluar la ira, como emoción básica que experimenta todo ser humano, su expresión y formas de control.

Ofrece una evaluación que distingue los diferentes componentes de la ira: experiencia, expresión y control y sus facetas como estado y como rasgo. Consta de 49 elementos organizados en 6 escalas y 5 sub escalas y permite obtener un índice de cada escala y sub escala y un índice general del test. Spielberger (2001).

Para el caso, la consultante arrojó en la escala de estado de ira y las sub escalas de sentimiento, expresión verbal y expresión física de la ira, puntuaciones bajas que sugieren un nivel nulo de estado de ira por parte de la consultante en el momento en que se aplicó la prueba.

En relación a la escala de rasgo de ira, las puntuaciones arrojadas fueron altas tanto para las sub escalas de temperamento (85) y reacción de la ira (85), como para la

escala de rasgo total (90), lo que sugiere que la consultante experimenta frecuentes estados de ira, temperamento irritable, conductas impulsivas, carencia de control y reacción elevada mostrándose sensible especialmente a la crítica y a la evaluación negativa de los demás.

Para la escala de expresión y control de ira, el inventario arrojó puntuaciones altas para las sub escalas de expresión externa (85), expresión interna (85) e índice de expresión de ira (85), aspectos que sugieren que la consultante mantiene alta tendencia a manifestar la ira tanto hacia el entorno como hacia a sí misma. Lo cual es coherente con los puntajes de control externo de la ira (25) y control interno de ira (40), puntajes que aunque están dentro del promedio su tendencia de ubicación es hacia el límite inferior.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL

Eje I: Trastorno depresivo

Eje II: Inteligencia límite.

Eje III: discapacidad física asociado a antecedentes de mielo-meningocele: vejiga neurogénica y leve dificultad para caminar.

Eje IV: Institucionalización

Eje V: 50. Síntomas graves. Alteración grave de la actividad laboral, social y escolar.

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Las limitaciones físicas y cognitivas que presenta la consultante, aunadas al fenómeno de la institucionalización le han generado dificultad en el desarrollo de

habilidades para afrontar las exigencias del entorno, viéndose obligada a permanecer en el medio institucional, aun habiendo cumplido su mayoría de edad. Esta situación le deriva una conducta autorreferencial negativa (pobre valoración de sí misma) que la lleva a actuar de forma agresiva en aquellas situaciones en las que se siente vulnerada reaccionando de forma agresiva hacia las figuras que le representan algún tipo de exigencia como educadores, docentes y/o jefes de los procesos pre laborales, escapando de las situaciones en las que se siente incompetente. Esto le conlleva el mantenimiento de una serie de continuos fracasos que sostienen la continua pérdida de refuerzo y desbordan en la manifestación de síntomas depresivos.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Conducta Problema: reacciones verbalmente agresiva ante orientaciones o llamados de atención.

Antecedente	Conducta	Consecuencia
<i>Contexto1</i>		
Externo: Academia de belleza 1.	<i>Respuesta:</i> <i>Cognoscitiva:</i> Creencia de que al llamarle la atención la están humillando y ella no tiene por qué dejarse.	<i>Inmediatas:</i> Alivia el malestar que le produce la ira y disminuye los sentimientos de humillación.
<i>Interno:</i> Sentimiento de inseguridad, al no sentirse competente para hacer el arreglo de uñas.		Escapa del contexto que

	<i>Fisiológica:</i> Tensión	le hacen sentir
Evento: La instructora del curso le solicita realizar un arreglo de uñas y ella se demora en realizarlo dando tiempo de espera para que otra persona lo haga. Ante esta situación la instructora le realiza un llamado de atención.	muscular, aceleración del ritmo cardíaco y sensación de calor en el rostro, que son descritos por la consultante como sentimientos de ira	incompetente y humillada.
	<i>Motor/conductual:</i>	<i>Tardías:</i>
	Responde verbalmente con gritos expresando que no va a realizar la tarea asignada y manifestándole a la instructora “no me dejo humillar de nadie mucho menos de usted”	Agudiza sus sentimientos de inseguridad e incompetencia para aprender y desarrollar destrezas laborales.
	Se retira de inmediato del lugar.	Disminuye la tolerancia a correctivos o instrucciones e incrementa su irritabilidad y agresividad.
		No es más aceptada en la academia.
Contexto 2	<i>Respuesta</i>	
Externo: Academia de	Cognoscitiva: Creencia	

<p>belleza 2.</p> <p>Interno: Sentimiento de inseguridad al pensar que cortar cabello es muy difícil ya que si comete un error los clientes se van a enojar, por lo tanto nunca va a cortar cabello.</p>	<p>de que siempre le colocan reparos y no tiene porque dejarse humillar.</p> <p>Fisiológica: Aceleración del ritmo cardiaco, sensación de calor en el rostro y tensión muscular, que son descritos por la</p>	<p><i>Inmediatas:</i></p> <p>Alivia el malestar que le produce la ira y disminuye los sentimientos de humillación.</p> <p>Escapa del contexto que le hacen sentir incompetente y humillada.</p>
<p>Evento: La instructora la está guiando en la realización un procedimiento de corte de cabello y ante la poca motivación que le observa le dice “usted no presta interés en aprender las cosas”.</p>	<p>consultante como sentimientos de ira</p> <p>Motor/conductual: Grita “pues usted es la perfecta entonces haga las cosas usted”.</p> <p>Recoge sus elementos personales y sale de la academia.</p>	<p><i>Tardías:</i></p> <p>Es expulsada de la academia.</p> <p>Agudiza sus sentimientos de inseguridad e incompetencia para desempeñarse laboralmente.</p> <p>Disminuye la tolerancia a correctivos o instrucciones e incrementa su irritabilidad</p>

y agresividad.

Contexto3**Respuesta****Inmediatas:****Externo:**

Cognoscitiva: Creencia

Alivia el malestar que le

Hogar/institución.de que al llamarle la
atención la estánproduce la ira y
disminuye losInterno: sensación de
irritabilidad y creencias
de que todo el mundo lahumillando y ella no tiene
porque dejarse humillar.sentimientos de
humillación.humilla cuando la
corrigen o le llaman la
atención.Fisiológica: Aceleración
del ritmo cardiaco,
sensación de calor en el
rostro y tensión**Tardías:**Dentro del hogar/
institución incumple las**Contexto:**La educadora le dice, “no
deje los pañales sucios
tirados...recójalos”.muscular, que son
descritos por la
consultante como
sentimientos de iranormas, controla la
situación logrando que
no se le efectúen
llamados de atención.

Evade responsabilidades

Motor/conductual:

o solo las cumple cuando

Responde verbalmente
gritando “yo no me dejo

ella quiere.

humillar de nadie, mucho
menos de usted que es

una aparecida”

Se va del lugar gritando y

diciendo palabras

soeces.

HIPÓTESIS DE ADQUISICIÓN

La conducta de reaccionar de forma agresiva fue adquirida en las primeras etapas de su vida, manifestando que los anteriores cuidadores no atendían oportunamente sus necesidades y en muchas ocasiones la maltrataban, por lo que opto por no dejarse de nadie, actuando de forma verbalmente agresiva hacia los cuidadores, reaccionar con la que lograba aliviar la sensación de malestar, disminuir los sentimientos de inferioridad (“humillación”) y mantener la sensación de control de la situación. Esta conducta fue generalizada a otros contextos en los que se siente vulnerada (“humillada)

HIPÓTESIS DE MANTENIMIENTO

Las conductas agresivas ante situaciones en las que se siente vulnerada se mantienen por refuerzo dado que al emitir las logra la respuesta inmediata de aliviar la sensación de malestar, disminuir los sentimientos de inferioridad y mantener la sensación de control de la situación.

TRATAMIENTO

Atendiendo a las características particulares de la consultante y las conductas problema que presenta se procedió a plantear un tratamiento de orden conductual, teniendo presente que dentro de la literatura revisada se halla que a partir de los años 50 y 60 con la aparición de este modelo se empezó a cuestionar el enfoque psicoanalítico por la falta de técnicas eficaces y la nula influencia para desarrollar programas educacionales con población que presentaba algún tipo de déficit cognitivo. En relación a este aspecto Verdugo (1984), menciona que el modelo más influyente de enfocar conceptualmente las intervenciones terapéuticas con deficientes mentales ha sido el propuesto por Lindsay (1964), en el cual se plantea que no basta con especificar los déficits conductuales, sino que se debe intentar determinar cuáles son las variables que controlan funcionalmente la conducta en cuestión. Así mismo explicita este mismo autor que el modelo ha estado orientado a incrementar conductas que le favorezcan a esta población su adaptación al medio y a optimizar los procesos aprendizaje en el contexto académico y agrega “Se ha demostrado repetidamente la eficacia de la Alabanza y Aprobación, el Moldeamiento, los programas de Economía de Fichas, la Instrucción Programada, el establecimiento de Reglas en el aula, y el Modelado para incrementar conductas académicas y adaptativas, Kazdin (1978; y O’Leary, 1977, citado por Verdugo, 1984). Por otro lado, la reducción o extinción de aquellas conductas inadaptadas se ha logrado utilizando el reforzamiento de conductas incompatibles, el tiempo fuera, el costo de respuesta, la extinción, las

reprimendas suaves, y otros Brinbrauer, (1976; O'Leary y O'Leary, 1977; Wetherby y Baumeister, 1981, , citado por Verdugo, 1984).

Se trabajaron sesiones con la consultante y sesiones con terceras personas (educadoras y jefe del espacio de formación pre laboral).

Con tres educadoras encargadas del acompañamiento en el diario vivir se intervino sensibilizando sobre la condición particular de la consultante y se les brindó un espacio de psicoeducación en la *técnica conductual de refuerzo diferencial de conducta*, con el proposito de eliminar la conducta problema de deficientes hábitos de higiene personal y aumentar su tasa refuerzo a partir de conductas socialmente aceptadas.

En relación a la jefe del espacio pre laboral, se tuvo en cuenta para su elección, que cumpliera unas características particulares en cuanto a tener la disponibilidad de brindar el espacio pre laboral y de formación con la joven, manteniendo una actitud comprensiva y paciente para su enseñanza. Con ella se trabajó una sesión en la cual se le explicó las características generales de la consultante, los conocimientos que poseía y la importancia de no exponerla inicialmente a situaciones que le generaran frustración, a fin de evitar un mayor deterioro de su autoestima y aumentar la tasa de refuerzo. Así mismo se hizo seguimiento telefónico frecuente para sondear y apoyar la resolución de inconvenientes o dificultades presentadas.

Con la consultante se trabajaron catorce (14 sesiones), en un contexto privado, con duración aproximada de 1 hora y con una frecuencia inicial de 1 hora semanal.

La intervención se desarrolló en dos módulos:

MÓDULO 1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Se aplicó un programa de entrenamiento adaptado a las necesidades de la joven y tomando algunos elementos de las clases de respuesta que se han propuesto como componentes del constructo de las habilidades sociales. Caballo, 1989; caballo y buela, 1988a, caballo, Godoy y Buela, 1988; caballo y Orteg, 1989(citados por caballo 2009).

Se tomaron específicamente dos contextos situacionales, lugar de trabajo y hogar/institución, siguiendo para su entrenamiento algunas pautas del esquema propuesto por Lange (1991, citado por Caballo 2009) con algunas variaciones de acuerdo a las características particulares del caso:

PSICO EDUCACIÓN

Se explicó el programa de entrenamiento, se brindó orientación sobre sus derechos y se orientó sobre conductas pasivas, asertivas y conductas agresivas.

ENSAYO CONDUCTUAL

Elección de la situación problema y descripción de la misma.

Representación de lo que la paciente hacía normalmente.

Sugerencia de otras actitudes o respuestas alternativas.

Modelado de una de esas respuesta o conducta alternativa.

Representación por parte de la paciente de la respuesta elegida, siguiendo la conducta modelada.

Retroalimentación y forzamiento

MÓDULO 2. ENTRENAMIENTO EN EL AUTOCONTROL DE LA AGRESIVIDAD.

Para este entrenamiento se trabajó la técnica de control somático (respiración diafragmática) y se aplicó una técnica de exposición informal.

El proceso se desarrolló siguiendo las siguientes etapas:

Psico educación en cuanto a la naturaleza de las emociones, el reconocimiento de la actividad fisiológica, específicamente en la ira /agresividad y la posibilidad de autocontrol de la misma. Se explica el principio de aplazamiento de reacción o gratificación inmediata bajo el que opera el autocontrol.

ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Exposición Informal: Se orientó en forma cuidadosa frente a la técnica de exposición informal, verificando la comprensión por parte de la consultante en relación a que bajo un contexto terapéutico se iba a elicitar en determinado momento la emoción ira, a partir de la cual se apoyaría para ser conciente de su actividad fisiológica y hacer aplazamiento de su reacción.

Tabla 1. Esquema del proceso terapéutico llevado a cabo en el caso.

Objetivos de sesión	Estrategias empleadas	Sesiones
---------------------	-----------------------	----------

Evaluación psicológica mediante aplicación de técnicas.	Entrevistas, observación conductual, revisión de historia clínica, aplicación de prueba.	1 y 2
Devolver la información a la consultante, socializar objetivos de intervención y generalidades del proceso terapéutico	Psicoeducación a la consultante	3
Entrenar al personal cuidador en la técnica conductual de refuerzo diferencial de conducta para disminuir la conducta problema de	Psicoeducación al personal cuidador en la aplicación de la técnica de refuerzo diferencial de conducta	Técnica aplicada en la cotidianidad durante los tres meses en los que se llevó a cabo la intervención.
deficientes hábitos de higiene personal y reacciones agresivas en hogar/institución, aumentando la tasa de refuerzo de conductas	Técnica de refuerzo diferencial de conducta	De la 4 a la 14

socialmente aceptadas.

Psico educar a la jefe del Psico educación a la jefe 5
 contexto pre laboral en del contexto pre laboral.

las características

particulares de la

consultante y las

Psico educación 6

condiciones de exigencia

Ensayo conductual

de tareas y desempeño

Asignacion de tareas.

pre laboral.

Entrenar habilidades

Seguimiento a tareas y a 7

sociales de saludar e

desempeño pre laboral.

iniciar y mantener una

Ensayo conductual.

conversación.

Asignacion de tareas

Entrenar habilidades 8

básicas requeridas

dentro del contexto pre

laboral: recibir 9

orientaciones, aceptar

correcciones, hacer

compras, descambiar

billetes.		
Entrenar habilidades de		10
ofrecer colaboración,		
pedir favores, rechazar		11
peticiones.		
Entrenar habilidades de	Entrenamiento en	12, 13 y 14
disculpase y admitir	respiración	
faltas	diafragmática.	
	Psico educación para el	
Entrenar habilidades de	entrenamiento en	
defensa de sus derechos	técnicas de autocontrol	
como persona adulta.	de la agresividad	
Entrenar en respiracion		15 y 16
diafragmática y psico		
educar en la técnica de	Entrenamiento en	
autocontrol de	respiración	
agresividad	diafragmatica.	
	Exposición informal.	17 y 18
Disminuir hipereactividad	Asignación de tareas.	
emocional y mejorar		
autocontrol postergando	Entrenamiento en	

el tiempo de respuesta.	prevención de recaídas.
	Re entrenamiento en
Entrenar en prevención	habilidad de disculparse
de recaídas y	y manifestar molestia.
seguimiento al proceso	Atención en crisis frente
	a tolerancia a la crítica.

RESULTADOS

En referencia al contexto hogar/institución , es de mencionar que se logró disminuir la conducta problema de eficientes hábitos de higiene personal, siendo reportado este logro por el personal cuidador, quienes a su vez manifestaron que la joven adquirió una rutina de aseo y orden que cumple en la mañana antes de salir a trabajar.

Como resultado de la técnica de Refuerzo diferencial de conducta se disminuyó el discurso y la visión “problema” que se tenía de la consultante por parte de los cuidadores, empezándose a dar de forma espontánea el reconocimiento de acciones positivas y por ende incrementándose la tasa de refuerzo.

En lo que al contexto pre laboral se refiere, las estrategias terapéuticas aplicadas de intervención con instructor o jefe y las acciones de acompañamiento de contexto efectuadas, en combinación con el entrenamiento conductual en habilidades sociales resultó efectivo, dado que la consultante adquirió un repertorio de habilidades sociales que le han permitido afrontar las demandas del contexto pre laboral y mantenerse en el mismo, desempeñando un rol y teniendo cierto grado de tolerancia a las situaciones de frustración, interrumpiéndose con ello las conductas de evitación y escape que reforzaban a su vez las conductas autoreferenciales negativas, mantendoras de los sentimientos de fracaso, inseguridad e incompetencia en tareas que evalúa como complejas y exigentes de cumplir.

Otro de los aspectos que se observó tras la intervención efectuada sin haber sido establecido como objetivo de intervención fue el de haber habilitado otras posibilidades de interacción social ampliando sus vínculos con la jefe y algunas compañeras de trabajo, con quienes extendió sus interacciones a otros contextos como el recreativo, espiritual y el acompañamiento en trámites de la cotidianidad. Sin embargo aunque estos resultados son positivos, la consultante expresa poca conformidad, dado que evalúa que estas interacciones son dadas desde una visión compasiva por parte de estas personas con ella.

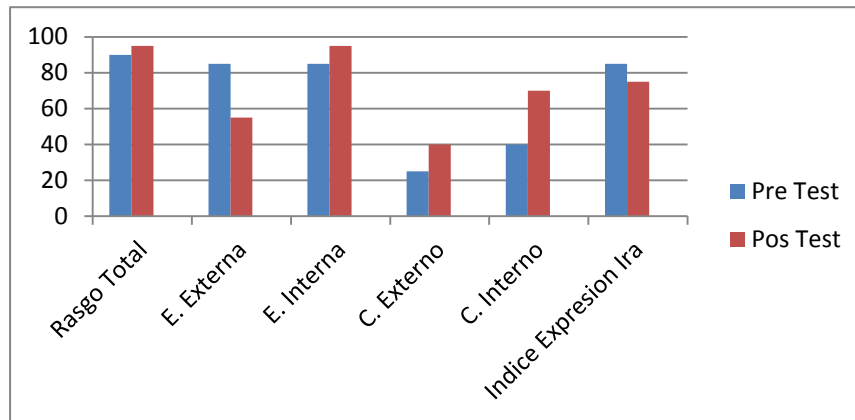
En cuanto al autocontrol de la agresividad de acuerdo al post test STAXI 2, se halla: Para la escala de estado ira: un nivel bajo, lo que muestra que al momento de la aplicación la consultante estaba experimentando un nivel bajo de ira.

Para la escala rasgo Ira: las puntuaciones arrojadas continúan siendo altas tanto para las sub escalas de temperamento (90) y reacción de la ira (95), como para la escala de rasgo total (95), lo que sugiere que la consultante continua experimentando frecuentes estados de ira, temperamento irritable y reacción elevada mostrándose sensible a la crítica y a la evaluación negativa de los demás.

Sin embargo, para la escala de expresión de ira, el inventario arrojó una disminución de 30 puntos en la expresión externa de la ira, pasando de haber tenido en el pre test un puntaje de 85 a tener un puntaje de 55 en el post test y se aumentó en 10 puntos la expresión interna de la ira, pasando de haber tenido en el pre test un puntaje de 85 a tener un puntaje de 95 en el post test.

Así mismo se halla un aumento en los índices de control de ira, pasándose de tener un control externo de ira en el pre test de 25, a tener un puntaje de 40 en el post test. En la escala de control interno de ira paso de tener un puntaje de 40 en el pre test a tener un puntaje de 70 en el post Test. Sugiriendo lo anterior que la consultante continua experimentando sentimientos de ira pero posterior al proceso de intervención se modificaron las formas de expresión, inhibiéndose un poco la expresión externa (gritos, insultos) y se aumentó levemente la expresión interna es decir su tendencia a suprimirla. También se halla modificación en los niveles de control generándose tanto a nivel interno como externo mayor control, lo que sugiere que posterior al tratamiento, la consultante emplea más energía en calmar y reducir su ira.

Tabla 2. Resultados Pre Test y Pos Test Staxi 2



SEGUIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAIDAS

Teniendo en cuenta que “la recaída constituye una crisis o un retrocesos de los intentos del paciente para cambiar o mantener los cambios de conducta” Caballo(2009 p. 139), dentro del proceso de seguimiento se requirio brindar entrenamiento en este aspecto, dado que se evidenciaron recaídas asociadas a la baja tolerancia a la crítica, asumiendo en una ocasión actitudes verbalmente agresivas hacia una compañera de trabajo. Dentro de este trabajo se entreno en autovigilancia , enseñándole a identificar situaciones de riesgo, habilidades de afrontamiento y se hizo re entrenamiento en respiración diafragmatica. Como resultado de este proceso la consultante retorno nuevamente al sitio de trabajo aplicando las habilidades de afrontamiento entrenadas como disculparse y manifestar moestia.

DISCUSIÓN

Al tenerse una mirada literal acerca de los resultados se puede establecer que para el caso, el tratamiento terapéutico conductual planteado y las metas terapéuticas establecidas fueron positivos, dado que se logró que la consultante se entrenara en una serie de habilidades sociales que le han permitido hacer frente a determinadas exigencias y mantenerse dentro de un contexto pre laboral, a su vez que ha ampliado sus redes de interacción social con personas del sitio de trabajo. De igual modo los resultados son favorables en relación al manejo de la ira, dado que se modificaron las formas de expresión y se logró un aumento en el control de esta emoción.

No obstante y pese a que estos resultados apuntan a la efectividad de las técnicas terapéuticas aplicadas, es de analizar más allá de estos resultados y tener una mirada hacia la subjetividad de la consultante, quien a pesar de mantenerse vinculada pre laboralmente, de recibir unos mínimos incentivos económicos y reconocer recibir buen trato por la jefe y la mayoría de las compañeras, manifiesta constantes sentimientos de insatisfacción consigo misma y con la actividad que desarrolla, percibiéndose incompetente frente a sus compañeras, lo cual hace evidente el déficit que presenta en la capacidad de adaptación asociado a condiciones externas e internas como la institucionalización o a variables de orden biológico como su grado de inteligencia límite y sobre el cual explicita la OMS, al definir que las personas con este grado déficit cognitivo presentan este tipo de dificultades al menos en dos áreas de su desarrollo : comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales,

utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas, ocio, salud y seguridad.

Otra de las características que presentan las personas con inteligencia límite es la ausencia de rasgos físicos aparentes de déficit, lo cual supone por una parte ventajas, pero también inconvenientes, ya que esta aparente normalidad los lleva a ser incomprendidos por educadores, familiares y amigos, quienes establecen exigencias elevadas, desconociendo las dificultades que conllevan. Esto explica en gran medida la situación a la que ha estado expuesta la consultante quien aunque cuenta con el diagnóstico de inteligencia límite o borderline, este no ha sido dimensionado y la mirada hacia ella ha estado orientada a visibilizar los reiterados fracasos, con lo cual, a la luz de conceptos planteados se ha causado daño emocional y se ha agudizado el deterioro de su autoestima y su inseguridad personal, producto de otras condiciones como las limitantes físicas y sociales como la institucionalización. Siendo esta última circunstancia una condición que reviste de enorme importancia para analizar a quienes nos dedicamos al estudio y comprensión del ser humano, dado que este fenómeno implica procesos como la masificación en donde se pierde de vista la individualidad de la persona omitiéndose en algunos casos el reconocimiento de sus necesidades para actuar en pro de aspectos que aseguren el orden y funcionamiento institucional.

CONCLUSIONES

El diseño de caso unico presentado, permite concluir los siguientes aspectos:

La técnica conductual de entrenamiento en habilidades sociales, en combinación con estrategias de acompañamiento de contexto e intervención con terceras personas demostró resultados positivos para el caso presentado, dado que favoreció el incremento en el repertorio en habilidades sociales y la adquisición de estrategias de afrontamiento a las exigencias del entorno laboral por parte de la consultante, quien a partir del trabajo terapeutico desarrollado ha logrado mantenerse por mas de seis meses en un contexto pre laboral, desempeñando un rol y logrando afrontar y resolver de forma favorable las exigencias y dificultades propias de la dinamica laboral a la que se ha visto abocada.

La técnica de control somático correspondiente a entrenamiento en respiracion diafragmatica en combinacion con la tecnica de exposición informal arrojó resultados positivos para el autocontrol de la ira en la consultante, quien de acuerdo a su autoreporte y a los resultados arrojados en la prueba pos test aplicado, modificó la expresión de la ira aumentando los niveles de control tanto interno como externo.

La técnica conductual de reforzamiento diferencial de conducta fue favorable de aplicar en el caso, dado que se requería prevenir el aumento en el deterioro del autoestima y resultó efectiva y coadyuvante para coaccionar objetivos indirectos como

el mejoramiento de hábitos de higiene personal y el cumplimiento de responsabilidades.

Al contrastar los objetivos terapéuticos y los resultados obtenidos se concluye de forma literal la efectividad de las técnicas conductuales empleadas para ampliar el repertorio de habilidades sociales y el autocontrol de la ira, pero teniendo en cuenta la complejidad del caso y al hallar en la consultante la persistencia de malestar emocional que desencadena síntomas depresivos, se hace necesario continuar desarrollando el proceso terapéutico enfocado a otras áreas personales de la consultante, como el aumento de la tolerancia ante situaciones de frustración y continuar aumentando las tasas de refuerzo que le permita ganar un autoreconocimiento positivo.

De otra parte y atendiendo el déficit cognitivo que presenta se hace necesario evaluar e intervenir otros aspectos como la organización en cuanto al manejo del dinero y el uso del tiempo, a su vez que se debe evaluar con mayor profundidad la existencia o no de condiciones reales para que la consultante sea autónoma y pueda llevar una vida independiente.

REFERENCIAS

Ardila, R. (2010). *Inteligencia. ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar?* Rev. Acad. Colomb.

Bowlby J. (1995). *Vínculos afectivos formación, desarrollo y pérdida*. 2ª. Ed. Madrid. Editorial Morata.

Caballo V. (2009) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid. Editorial siglo XXI de España Editores

Cormier. William H. (2000). *Estrategia de Entrevista para terapeutas*. Bilbao. Ed. Descleé de Brouwer, S.A.

Galvis Ramírez, V. (1999). *Resolución número 1995 de 1999*. Ministerio de salud de Colombia

Molinero Rubio R. (2010). *Intervención Psico educativa para el alumnado con inteligencia "borderline" en la etapa de primaria*. Recuperado de http://www.enfoqueseducativos.es/enfoques/enfoques_62.pdf

Pérez Arenas M. (2000). *Tesis doctoral. Habilidades sociales en adolescentes institucionalizados*. Recuperado de <http://scholar.google.com.co/scholar?q=Tesis+doctoral.+Habilidades+sociales+en+adol+escentes+institucionalizados>

Polaino Loreto A. (1996). *La familia del deficiente mental*. Madrid. Ed. Pirámide S.A.

Sattler, J.M. (2003). *Evaluación de la conducta por métodos observacionales*.

Mexico. Ed. Manual moderno.

Verdugo, Miguel A. (1984) *Terapia conductual y cognitiva en la deficiencia mental*.

Recuperado de: <http://www.papelesdel psicologo.es/vernumero.asp?id=156>