

Medicamentos para tranquilizar: la importancia de una evaluación

Ps. Luz Mar Quintero Delgado

Supervisora

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Ps. Leonardo Castellanos Suárez

Requisito de grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

2014

“Sin una buena evaluación difícilmente realizaremos un tratamiento eficaz, por muy potentes que sean las técnicas de intervención que empleemos”.

(Caballo, 2009, p.29)

A mi psicoterapeuta.

Tabla de Contenido

Resumen general	8
General summary	9
Introducción	10
Metodología	22
Información familiar	22
Motivo de consulta	23
Problemas presentes	23
Historia y evolución de los problemas presentes	24
Historial psiquiátrico-terapéutico	24
Historial académico/profesional	25
Historial médico/sanitario	27
Historial evolutivo/social	28
Historial familiar	29
Evaluación de los patrones comunicativos del consultante	31
Examen del estado mental	31
Instrumentos	32
Reacción del examinador	37
Diagnóstico diferencial	37
Resumen diagnóstico	38
Impresión Diagnóstica	39
Observaciones	39
Conceptualización de caso	39
Hipótesis diagnóstica	43
Plan de intervención	43

Dificultades Previstas	45
Descripción de las sesiones	45
Resultados	57
Discusión	61
Referencias	66
Anexos	68

Índice de Tablas

Tabla 1. Información familiar de Daniel T.	22
Tabla 2. Categorización de los problemas presentes con valoraciones subjetivas de importancia y modificabilidad	40

Índice de Anexos

Anexo A. Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador	68
Anexo B. Registro Observacional Básico ABC	73
Anexo C. Esquema Diagnóstico de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador	74
Anexo D. Guías para estructurar la información y generar hipótesis diagnósticas	76
Anexo E. Información para consultantes	77
Anexo F. Consentimiento informado	79
Anexo G. Autorización de los padres de familia	81
Anexo H. Formato para objetivos terapéuticos	82

RESUMEN GENERAL

TÍTULO: Medicamentos para Tranquilizar: la importancia de una evaluación.

AUTOR (ES): Leonardo Castellanos Suárez

FACULTAD: Facultad de Psicología

DIRECTOR (A): Luz Mar Quintero Delgado

RESUMEN

Este estudio de caso describe el proceso psicoterapéutico realizado con un adolescente de 11 años de edad, cuyos familiares y docentes referían problemas de conducta. Se llevó a cabo evaluación conductual multimétodo-multifuentes, para conceptualizar el caso y diseñar la intervención. Se descartó que las conductas problema se debieran al proceso normal de desarrollo y se rechazaron condiciones clínicas que pudieran manifestarse de manera similar. Se planteó que los problemas presentes se explicarían por los estilos de socialización de los padres, para lo cual, se diseñó un plan de intervención desde la Terapia de Conducta. Después de 9 sesiones, se refirieron cambios en algunas de las conductas problema, asociados a las estrategias propuestas en la intervención.

PALABRAS CLAVES: estudio de caso, terapia de conducta, evaluación conductual, estilos de socialización parental.

GENERAL SUMMARY

TITLE: Reassure medications: the importance of evaluation.

AUTHOR (ES): Leonardo Castellanos Suárez

FACULTY: Faculty of Psychology

DIRECTOR: Luz Mar Quintero Delgado

ABSTRACT

This case study describes the evaluation of an adolescent 11 years old with behavioral problems reported by family members and teachers. Multimethod-multisource behavioral assessment was conducted to conceptualize and design the intervention. Behaviors problems due to the normal process of development were excluded, and rejected clinical conditions that may manifest similarly. It was suggested that these problems were explained by socialization styles of parents, for which, an intervention plan was designed from the Behavior Therapy. After 9 sessions, reported changes in some of the problem behaviors associated with the strategies proposed in the intervention.

KEY WORDS: case study, behavior therapy, behavioral assessment, parental socialization styles.

Introducción

El estudio de caso presentado en las siguientes páginas, ha sido concebido en la práctica clínica particular de su autor, debido a razones que se expondrán a continuación.

Este caso ha surgido después de realizar una práctica académica de 5 meses aproximadamente, en la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico San Camilo, en Bucaramanga (Santander-Colombia). Allí, la labor se iniciaría en la unidad de hombres con trastornos crónicos, llamados *pacientes crónicos*.

Los trastornos más frecuentes eran, la esquizofrenia, especialmente indiferenciada, y el retraso mental, principalmente profundo; la actividad global de estas personas era reducida y en su historial, algunas contaban hasta con 50 años de internamiento, muchas de ellas, sin acudientes y abandonadas en manos del Estado.

Así pues, tras varios intentos de elaboración de un estudio de caso clínico, no se logró llevar a cabo, debido al avanzado deterioro funcional de la mayoría de los internos, por lo cual, finalmente se buscó el cambio a otra unidad psiquiátrica.

Posteriormente, la unidad de hombres con trastornos agudos sería el campo para continuar con la práctica académica. En aquella época, predominarían los trastornos relacionados con sustancias, y nuevamente, la esquizofrenia. Sin embargo, los internos pocas veces permanecerían en la unidad más de una semana, y en este tiempo, pasarían la mayor parte del día bajo diversos efectos del tratamiento farmacológico. Estas dos variables, dificultarían nuevamente el seguimiento sistemático de un caso clínico para documentar.

Si bien, fueron varios los intentos para lograr el mencionado seguimiento, y a su vez, se realizaron diversas valoraciones e intervenciones únicas durante la práctica académica, al final, sólo se logró la estructuración de casos incompletos, con sendos vacíos en la información clínica.

Entonces ¿serían meses perdidos a causa del fracaso en la conceptualización e intervención de un caso clínico documentable, como requisito para recibir el título de especialista en psicología clínica? ¡Evidentemente no! Puesto que la pericia allí lograda como clínico y el acercamiento a trastornos tan refractarios aún para la psicología, no se obtendría siquiera en muchos años de estudio en un salón de clases. Sin embargo, aún faltaba cumplir con el requisito de postgrado.

Y es entonces, cuando el abuelo paterno de Daniel T. (nombre ficticio asignado para proteger la confidencialidad del consultante y la de su familia), adolescente de 11 años de edad, contacta al terapeuta, solicitando mejorar “el coeficiente de atención” de su nieto. “¡Bienvenido!”, fue la respuesta, e iniciaría entonces, un proceso psicoterapéutico enmarcado en el modelo de la Terapia de Conducta. Conviene entonces en principio, realizar una breve reseña de este enfoque de la psicología.

La Terapia de Conducta (TC) podría ser tan antigua como el mismo ser humano, quien por miles de años habría usado sus principios en forma intuitiva, sin preocuparse por proposiciones formales acerca de las explicaciones implicadas (Franks, 1995). Como señala Pear (2005), quizás las personas comenzaron a intervenir intencionalmente en el comportamiento de los demás, cuando descubrieron, por ejemplo, que podían controlar su conducta mediante la recompensa y el castigo.

Sin embargo, sería sólo hacia finales del siglo XX, cuando se iniciarían intentos sobresalientes para sistematizar los principios teóricos de la TC, lo cual, podría considerarse el comienzo de este enfoque, tal y como se le conoce hoy día (Franks, 1995). Por ejemplo, en 1898 Edward Thorndike (citado en Pear, 2005), empezaría con el estudio científico de los efectos de la recompensa y el castigo sobre el aprendizaje de animales no humanos.

Décadas después, en 1920, surgiría en Estados Unidos de América, la denominada escuela conductista, con su representante John Watson, quien realizaría una aproximación al aprendizaje, basada en estudios de reconocidos científicos antecesores (Gluck, Mercado & Myers, 2009). Igualmente, habría que destacar los trabajos de Ivan Pavlov en el denominado condicionamiento clásico y de Skinner sobre el condicionamiento operante (Franks, 1995).

Según Franks (1995), todos estos estudios llegarían a convertirse con el tiempo, en las piedras angulares de la TC, aunque habría que esperar hasta los últimos años sesenta para que los fundamentos conceptuales se encontraran preparados y lograran sostener toda una estructura teórica y empírica.

Así pues, resulta difícil identificar una fecha específica para el surgimiento formal de la TC, también denominada Modificación de Conducta (MC); sin embargo, los años cincuenta y sesenta son un momento clave en la historia, puesto que, los fundamentos del aprendizaje y los métodos objetivos de investigación cobraron relevancia en los tratamientos que ya empezaban a surgir, y la TC logró convertirse en un movimiento visible, llegando a cristalizar sus logros científicos en diversas publicaciones (Kazdin, 2005).

Ahora bien, cuando se trata de intervención clínica en TC o MC, existe variedad lógica y diversidad logística (Vallejo, 1998). En palabras de Vallejo (1998), la variedad lógica se refiere a

“la pluralidad de concepciones que conforman la MC que, como ocurre en los distintos campos de la psicología, no se ofrece precisamente como algo homogéneo” (p. 3). Por otra parte, el autor menciona que la variedad logística alude a las “distintas maneras que adopta el clínico en la aplicación de la terapia, según su experiencia, su estilo, las características del cliente y demás circunstancias” (Vallejo, 1998, p. 4).

De acuerdo a Kazdin (2005), en los inicios del campo, fueron muchos esfuerzos independientes los que intentaron proporcionar fundamentos científicos a la psicoterapia, basándose en el aprendizaje, esfuerzos todos que se unificaron bajo la denominación de Terapia de Conducta o Modificación de Conducta. Según el mismo autor, la razón para la unificación de desarrollos diferentes sería su postura contra el enfoque predominante en la psiquiatría y la psicología clínica de ese tiempo (con el modelo tradicional de enfermedad sobre la conducta anormal y su tratamiento), y la adherencia a la teoría del aprendizaje, entendida de manera amplia (Kazdin, 2005).

En consonancia, señala Krasner (1971, citado en Franks, 1995) que las raíces de la TC se remontan a diversas escuelas de pensamiento, a metodologías incluso contrapuestas, a diversos sistemas filosóficos y teóricos, a distintos países y a diversos líderes. No obstante, la TC o MC se ha logrado consolidar hoy día como un enfoque de tratamiento de la disfunción clínica y de la conducta desadaptativa (Kazdin, 2005).

Según Franks (1995), la TC contemporánea representa:

(...) una combinación de procedimientos verbales y de acción, el empleo de métodos multidimensionales en vez de abordajes únicos, una atención cada vez mayor en la responsabilidad del cliente y en la del terapeuta, un énfasis en los determinantes actuales

más que en los históricos, un respeto hacia los datos y una prudente disposición a ir más allá de los límites restringidos del condicionamiento tradicional (...) (p. 8).

Por su parte, Vallejo (1998), menciona que la MC se caracteriza como “una terapia breve, directiva, activa, centrada en el problema, orientada al presente, que supone una relación colaboradora” (p. 17).

A su vez, menciona Kazdin (2005) que una de las principales características de la MC contemporánea es su enfoque empírico sobre el tratamiento y su evaluación, lo cual, es un rasgo común de éstos enfoques, que refleja los principios metodológicos generales del conductismo, a los que se remonta.

Dentro del amplio y heterogéneo movimiento de la TC, pueden identificarse fácilmente distintos enfoques conceptuales, incluyendo una perspectiva mediacional del estímulo-respuesta (E-R), el análisis aplicado de la conducta, y la modificación de conducta cognitiva (Kazdin, 2005). Para el presente estudio de caso clínico, se ha profundizado en el análisis funcional de la conducta y el análisis aplicado de la conducta.

Kazdin (2005) señala respecto al análisis aplicado de la conducta:

El énfasis se coloca sobre los acontecimientos antecedentes y consecuentes; se evitan los estados mediacionales, los acontecimientos privados y las cogniciones. El tratamiento se centra en modificar los antecedentes y las consecuencias, con el fin de cambiar la conducta problema (p. 48).

Según Cooper, Heron y Heward (1987, citados en Kazdin, 2005), el análisis aplicado de la conducta comprende un conjunto de técnicas basadas en el reforzamiento, el castigo, la extinción,

el control del estímulo y otros principios derivados de la investigación de laboratorio. Como señala Pérez (1996), este enfoque se ha mantenido como una de las mayores tendencias de la TC.

A su vez, el análisis funcional de conducta es definido por Haynes y O'Brien (1990, citados en Caballo, 2009) como "la identificación de relaciones relevantes, controlables, causales y funcionales aplicables a un conjunto específico de comportamientos meta para un cliente individual". En la actualidad, el análisis funcional de los problemas podría ser el eje central en la evaluación de los trastornos psicológicos, por parte de los profesionales que orientan su labor desde el enfoque conductual o cognitivo-conductual (Caballo, 2009).

Según Caballo (2009), el análisis funcional es individualizado, dinámico, condicional, puede diferir en su nivel de especificidad, y puede reflejar tanto hallazgos de la investigación empírica como resultados de la evaluación conductual ideográfica del paciente. Específicamente, en el análisis funcional se enfatizan aquellas relaciones causales que explican la mayor proporción de la varianza en los problemas conductuales, puesto que constituyen las variables cuya modificación, tendrá los mayores beneficios para el paciente (Caballo, 2009).

El análisis funcional guía la planeación del tratamiento, proporcionando estimaciones de la magnitud relativa del efecto que se obtendría al intervenir sobre las variables causales que, según se plantea, afectan a los objetivos y problemas comportamentales del paciente (Haynes, 2009).

De acuerdo a Caballo (2009), cuando se realiza el análisis funcional de un comportamiento problema, de toda la información obtenida acerca del paciente, se seleccionan aquellas variables que parecen relacionarse causalmente con el comportamiento analizado, aunque las relaciones establecidas se reconocen en principio como meramente hipotéticas,

puesto que solamente se tendrá seguridad de haber elegido las variables correctas después de su manipulación durante el proceso de intervención. En realidad, la validación del análisis funcional tiene lugar a través de los resultados eficaces del tratamiento realizado (Haynes, 2009).

Sin embargo, según Haynes y O'Brien (1990, citados en Pérez, 1996), a pesar de la importancia del análisis funcional para la MC, a finales del siglo XX parecía que no era más del 20% de los terapeutas, la cantidad que refería emplearlo en el diseño de sus tratamientos. En la misma línea, Scotti et al. (1993, citados en Pérez, 1996), mencionan que únicamente el 3% de los 272 estudios que revisaron, refirieron un análisis funcional que incluyera la manipulación experimental de las variables de control, como proceso de evaluación previa al tratamiento formulado.

En consonancia, aún cuando Haynes (2009) reconoce los múltiples factores que afectan las decisiones en un tratamiento, señala también que los esfuerzos deberían enfocarse en aquellas variables causales que probablemente produzcan el mayor beneficio al paciente, lleven a la reducción de los problemas más importantes y mejoren su calidad de vida.

Así pues, las intervenciones conductuales deben dirigirse a modificar variables causales significativas que sirvan para generar o mantener los comportamientos problema de los pacientes (Haynes, 2009). Pero ¿cómo identificar tales variables y sus relaciones en la configuración de la problemática presente? La respuesta es: a través de la evaluación conductual.

Según Vallejo (1998), la evaluación conductual es propiamente el análisis funcional de la conducta, llevándose a cabo mediante la entrevista clínica, la observación directa, los auto-registros, las escalas, cuestionarios y diarios, y la exposición a situaciones, entre otros métodos.

La entrevista conductual, por ejemplo, trata de identificar y definir los problemas del consultante, e intenta averiguar cuáles podrían ser las conductas objetivo de una posible modificación, buscando las variables antecedentes y consecuentes para diseñar el plan de intervención, que a su vez, se irá evaluando y modificando según los resultados obtenidos (Caballo, 2009).

Cabe señalar que en realidad, aun cuando la evaluación antecede y da paso al tratamiento, realmente se convierte en una labor continua del proceso terapéutico, como mecanismo de valoración de la eficacia y la eventual necesidad de reajuste (Vallejo, 1998).

En este marco, Caballo (2009) considera que sin una adecuada evaluación, difícilmente se logrará un tratamiento eficaz, a pesar de la potencia de las técnicas de intervención empleadas, puesto que es fundamental la delimitación de los problemas del paciente y su apropiada comprensión, si se desea que la intervención produzca los resultados deseados. Al respecto, Turkat (1986, citado en Caballo, 2009) enfatiza la importancia de lograr responder al “por qué” de los problemas, como punto de partida de la formulación conductual.

Por lo demás, la evaluación se convierte ella misma en una forma de intervención, con efectos terapéuticos, de mayor o menor duración, que se funde en la práctica con el tratamiento, más allá de lo que algunos textos suelen referir (Vallejo, 1998).

Ahora bien, cuando se habla de manera general acerca de TC, se diferencian varios métodos de intervención, entre éstos, los llamados de condicionamiento operante.

Según Pear (2005), se entiende por condicionamiento operante:

“un aumento en la probabilidad de la respuesta al ser seguida por un reforzador (...) las respuestas susceptibles de ser incrementadas de este modo, se denominan *operantes* o *respuestas operantes* (...) las respuestas operantes son emitidas por el individuo, en vez de ser provocadas por un estímulo (como en el caso de las respuestas pavlovianas)” (Pear, 2005, p. 302).

Menciona Kazdin (2005), que ya en los años cincuenta y sesenta, el condicionamiento operante se extendía a la conducta humana a lo largo de diversos frentes. Según este autor, las aplicaciones pasaron por una progresión sistemática, iniciando con las extensiones conceptuales de los principios operantes, siguiendo con las extensiones de los métodos operantes a la experimentación con seres humanos, y llegando finalmente hasta las aplicaciones directas, en lugares tales como, escuelas, hospitales psiquiátricos e instituciones para pacientes con retraso mental (Kazdin, 2005). Desde los años sesenta, se han desarrollado estudios sobre el uso de los métodos operantes y se han aplicado a la mayoría de áreas en la psicología (Pear, 2005).

Incluso, desde entonces, ya su principal representante, B. F. Skinner, afirmaría que el condicionamiento operante era el objeto de estudio más importante para los psicólogos, puesto que la mayoría de la conducta social sería operante (Pear, 2005).

En concreto, los procedimientos operantes pretenden aumentar, disminuir o mantener la conducta en situaciones particulares, entendiendo por *conducta*, aquello que hace un individuo y que puede medirse (Pear, 2005).

Hay gran variedad de términos de obligatoria comprensión, cuando se trata de aproximarse a los métodos operantes. Sin embargo, existen algunos conceptos que conforman su base teórica y empírica, tales como: *reforzador*, *reforzamiento*, *estímulo punitivo* y *castigo*.

En cuanto al *reforzador*, Pear (2005) señala que es “cualquier estímulo que aumente la probabilidad de una respuesta a la que sigue temporalmente” (p. 302). Especifica entre *reforzador positivo*, entendido como “cualquier estímulo cuya presentación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta”, y *reforzador negativo*, es decir, “cualquier estímulo cuya eliminación después de una respuesta aumenta la probabilidad de esa respuesta (...) (Pear, 2005, p. 302).

Adicionalmente, Pear (2005) refiere los siguientes términos:

El *reforzamiento* consiste en presentar un reforzador positivo o eliminar un reforzador negativo, inmediatamente después de una respuesta (...) un *estímulo punitivo* es cualquier estímulo que disminuya la probabilidad de una respuesta operante a la que sigue (...) el *castigo* consiste en presentar un estímulo aversivo o eliminar un reforzador positivo inmediatamente después de una respuesta” (p. 303).

Ahora bien, en el contexto del presente caso clínico, además de la TC, cobra relevancia la teoría en torno a los *estilos de socialización parental*, en cuanto a que son los padres, quienes en mayor medida, construyen en el ambiente las variables contingentes para las conductas de sus hijos, y ejercen un rol decisivo en el desarrollo de su comportamiento desde la infancia.

Efectivamente, como menciona Climent (2009), “las familias configuran diversos modelos familiares, que se expresan en las pautas de crianza, disciplinarias y de interacción (...) (p. 190)”. Estos modelos familiares corresponden a los denominados estilos de socialización parental.

Los estilos parentales se establecen considerando dos aspectos del comportamiento de los padres, fundamentales en la educación de sus hijos, esto es, el *apoyo parental*, referido a la

aceptación, el amor, la aprobación y la ayuda en relación a los hijos, y el *control parental*, que comprende las diversas técnicas de disciplina para el control y la supervisión de los hijos y para su cumplimiento de las normas establecidas por ellos (Climent, 2009).

Musitu y García (2004) han desarrollado la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia- ESPA 29, para medir estos modelos familiares, y han definido sus componentes como aceptación/implicación (correspondiente al apoyo parental) y coerción/imposición (correspondiente al control parental).

Exactamente, Musitu y García (2001, citados en Esteve, 2004) entienden la aceptación/implicación como aquellas expresiones parentales de satisfacción, aprobación y afecto hacia las conductas filiales ajustadas a las normas de funcionamiento familiar. Por su parte, la coerción/imposición, hace referencia a las actitudes y conductas parentales orientadoras y coactivas cuando el hijo vulnera o transgrede las normas familiares (Musitu & Cava, 2001, citados en Esteve, 2004).

La combinación de estas dos dimensiones permite establecer cuatro estilos de socialización parental, a saber: autoritativo (alta aceptación/implicación y alta coerción/imposición), indulgente (alta aceptación/implicación y baja coerción/imposición), autoritario (baja aceptación/implicación y alta coerción/imposición) y negligente (baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición) (Musitu & García, 2004).

De acuerdo a Roosa et al. (2003, citados en Gracia, Fuentes & García, 2010), se ha encontrado que la conducta de los padres tiende a predecir el desarrollo psicosocial de sus hijos.

En consonancia, Gracia, Fuentes y García (2010) hallaron en su estudio una significativa influencia de los estilos parentales sobre los problemas de conducta de los hijos, así como en

otras áreas de su desarrollo psicosocial. Específicamente encontraron que los adolescentes que denominaron a sus padres como indulgentes o autorizativos fueron quienes presentaron menos problemas conductuales en los tres índices examinados (conducta escolar disruptiva, delincuencia y consumo de sustancias), mientras que los hijos de padres autoritarios o negligentes presentaron mayores problemas de conducta.

Asimismo, Climent (2009) señala que tras analizar diversos informes, ha encontrado que los estilos parentales educativos no suelen ser puros ni totalmente constantes, si bien, sí existe un predominio hacia uno o algunos de ellos; incluso, se presenta que los padres adopten estilos diferentes en varias áreas de la vida y que las relaciones en una familia, lleguen a variar según los estilos educativos predominantes.

De esta manera, el presente estudio de caso clínico se basa en la Terapia de Conducta, para sus etapas de evaluación, conceptualización e intervención, mientras se enmarca en el contexto más amplio de los estilos parentales de socialización y su influencia en la conducta de niños y adolescentes.

Como se verá más adelante, tales estilos se plantean como variables causales de los problemas presentados en consulta, específicamente, el estilo de socialización parental negligente, aquel en el que la aceptación/implicación y la coerción/imposición son bajas, lo cual, se infiere del proceso evaluativo realizado con el adolescente y sus padres.

Antes de continuar, es pertinente referir las dos razones principales por las que se ha decidido documentar y socializar el presente caso clínico:

En principio, este caso ha sido seleccionado debido a la profundización realizada en la evaluación de los problemas presentes, lo cual, se enmarca en la reivindicación planteada por

Caballo (2009) para con la evaluación clínica, mencionando que “sin una buena evaluación difícilmente realizaremos un tratamiento eficaz, por muy potentes que sean las técnicas de intervención que empleemos” (p. 29).

La segunda razón se asocia al título de este estudio de caso, en cuanto que los padres y el adolescente inicialmente consideraban como una alternativa viable el uso de medicación para tratar las conductas problema de Daniel T., lo cual, sugirió la importancia de un proceso profundo de evaluación. Como se verá, esta alternativa sería descartada, con base en la evaluación expuesta a continuación.

Metodología

Información familiar

En la tabla 1, se aprecian los datos del núcleo familiar de Daniel T., según parentesco, edad y ocupación.

Tabla 1. Información familiar de Daniel T.

Parentesco	Edad	Ocupación
Madre	50	Gestora social de la gobernación. Administradora de edificio residencial. Presidenta de comuna
Padre	46	Arquitecto
Hermano	32	Comerciante
Hermano	20	Estudiante universitario
Hermana	19	Estudiante universitaria

Motivo de consulta

El primer contacto es realizado personalmente por el abuelo paterno. Comenta que su hijo le pidió que buscara ayuda para su nieto con el objetivo de mejorar su “coeficiente de atención”. Cuando se indaga por qué el padre no solicitó directamente el servicio, menciona que él permanece la mayor parte del tiempo laborando. El abuelo refiere que en el colegio “ya no se lo aguantan... mientras está con adultos se comporta tranquilamente, pero cuando no están, grita, corre y se tira al suelo”.

En la primera consulta, realizada con el adolescente, la madre y el padre, éste último refiere: “Daniel T. no pone cuidado a clases... tiene atención dispersa, es hiperactivo... dicen que cuando los papás no están se desboca, dice groserías, corre, grita... perdió 3º y 4º primaria... es inquieto y agresivo... mi papá dice que soy permisivo con él”.

A su vez, la madre menciona: “no toma apuntes en clase... no lleva tareas... dice mentiras... su caligrafía es muy mala... es aficionado a las armas y los juegos bélicos... le gustan los juegos bruscos y los videojuegos... no quiere estudiar”.

Por último, Daniel T. señala: “mi abuelo le dijo a mis papás que me trajeran... dice que tengo muchos problemas... no tengo problemas... en mi nuevo colegio no molesto”.

Problemas presentes

- En ausencia de figuras de autoridad (adultos) suele expresarse con palabras groseras, gritar y correr.
- En clases tiende a mostrarse inatento.
- Tiende a jugar de manera brusca con otros adolescentes.
- No suele tomar apuntes en clases.

- Con frecuencia no lleva tareas al colegio.
- Dice mentiras a sus padres.
- Caligrafía aparentemente inadecuada para su edad cronológica.
- Manifiesta gusto por las armas, los juegos violentos, bélicos y los videojuegos.
- Expresa no desear estudiar

Historia y evolución de los problemas presentes

Según la descripción de los padres, la mayoría de estos problemas empezaron a presentarse en el inicio de la escolaridad, es decir, en grado preescolar, a los 4 años de edad, cuando los docentes referían “mal comportamiento”. Señalan que las peores consecuencias de los problemas mencionados han sido las dos reprobaciones de año escolar.

Historial psiquiátrico – terapéutico

Según los padres, en el año 2010 recibió atención psicológica para la “atención dispersa”, acudiendo a dos consultas. Allí les dieron un CD, al parecer con Programación Neurolingüística, para escuchar en las noches. Adicionalmente, les refirieron que encontraban “baja autoestima” en Daniel T. Mencionan que no evidenciaron resultados de esta intervención.

En 2011, el adolescente recibió atención psicológica en una clínica psiquiátrica, asistiendo a dos consultas, y siendo remitido a tres sesiones adicionales de terapia ocupacional en una Institución Prestadora de Salud (IPS). Allí dejaron de asistir por “pérdida del entusiasmo” de los padres.

Daniel T. y sus padres, mencionan de manera individual en consulta, que han contemplado el uso de medicamentos psiquiátricos para tranquilizar, con el fin de tratar las conductas problema, sin embargo, en ningún momento han sido prescritos.

Historial académico/profesional

Inició su escolaridad a los 4 años de edad, cursando preescolar en una institución de carácter privado, en donde estudiaban su hermano y su hermana. Allí aprobó cada curso hasta 2° primaria, pero reprobó grado 3°. Una vez repitió este grado, fue promovido a 4°. La coordinadora académica y la psicóloga de la institución, mencionan que durante grado 4° Daniel T. faltó con frecuencia a clases, según la madre, debido a compromisos como modelo de ropa infantil.

En la revisión del registro comportamental institucional (denominado *anecdotario*) llevado por sus tutores durante los grados 3° y 4°, se encuentran observaciones por su facilidad para interactuar con otras personas y su participación en clases de natación y guitarra; por otra parte, se resalta su atención dispersa, dificultad en autocontrol, déficit en caligrafía y juego brusco. En estos grados, recibió sanciones escritas por dejar a otro niño encerrado en el baño, levantarse con frecuencia de su puesto durante las clases, y en una ocasión amenazar a otros niños con un papel higiénico, aparentemente con excremento.

Al finalizar grado 3°, su tutora registró mejoría en el comportamiento de Daniel T. y lo calificó como “bueno”. Destacó además, su gusto por participar en clases y su capacidad para finalizar las actividades propuestas, cuando lo intentaba. Igualmente, refirió su reacción favorable ante las sanciones y sugerencias y su esfuerzo por corregir sus errores.

En el año 2012 reprobó 4° grado, con tres materias perdidas (matemáticas, sociales y español). Los padres exponen como principal causa de esta pérdida, un mal procedimiento de su parte para gestionar la recuperación de las asignaturas. Durante este grado, su tutora registró “atención dispersa... irrespeto a las diferencias de los demás... bajo esfuerzo en las labores

académicas”; además, señaló el gusto de Daniel T. por “ser el primero en todo” y su “actitud colaboradora, alegre y participativa”.

En 4° grado también recibió sanciones escritas, por faltas como “fomentar la indisciplina”, estar durante el descanso en un aula de clases diferente a la suya, y llamar “zorra” a una de sus compañeras. La psicóloga de la institución refiere que durante este año, era su hermana quien asistía como acudiente, hasta que decidió dejar de hacerlo, por considerarlo responsabilidad de la madre. En general, la profesional señala poco acompañamiento familiar: “sólo lo traían a principio de año y no regresaban”.

Una vez reprobado 4° grado, el padre decidió no volver a matricularlo en el colegio, refiriendo “yo no pago más estudio”. Menciona que no creía conveniente obligarlo a hacer algo que él no quisiera y que incluso llegó a pensar en educarlo desde su propia casa, según experiencias de casos documentados, pero desistió de la idea, principalmente por poca disponibilidad de tiempo para realizar acompañamiento.

En el año 2013, la madre del adolescente gestionó en una institución de carácter público, un cupo para repetir 4° primaria, con la posibilidad de ser promovido el mismo año a grado 5°. Esta iniciativa fue apoyada con insistencia por los hermanos de Daniel T.; el padre finalmente aceptó.

Actualmente, se encuentra cursando grado 5° en este colegio, el cual, se diferencia considerablemente de la anterior institución en cuanto a planta física y características socioeconómicas de la población estudiantil.

Recientemente, los docentes han realizado quejas por su comportamiento, según refieren su abuelo y su madre. En diálogo con las actuales docentes de 4° y 5° grado, señalan que Daniel T. emplea palabras soeces con frecuencia, insulta a sus compañeros, utiliza apodos y realiza

comentarios de tipo sexual, con actitud morbosa hacia los hombres; con las niñas parece relacionarse poco. Mencionan poco acompañamiento familiar; la madre sólo asiste si la llaman, si bien, su abuelo paterno sí asiste con mayor frecuencia de manera voluntaria y en ocasiones ha expresado “esa gente no me le pone disciplina”, refiriéndose a los padres del menor.

Las docentes comentan que una vez salen del aula de clase, el adolescente promueve el desorden, pero en presencia de ellas, muestra obediencia a las normas. Respecto a los cuadernos, refieren que son desordenados y pocas veces lleva tareas; además, en ocasiones no toma apuntes en clase. Lo sugieren como “distráido”, sin embargo, también como “inteligente”. A la fecha, su rendimiento académico es aceptable.

Historial médico/sanitario

La concepción de Daniel T. no fue planeada. La madre refiere que experimentó “depresión” durante la gestación, al igual que en sus anteriores embarazos, sin recibir tratamiento especializado. Alude a sus embarazos como experiencias traumáticas, donde no recibió la atención que esperaba de parte de su pareja. La madre ocultó su embarazo de Daniel T. durante varios meses, debido a que la familia de su esposo no aceptaba su relación conyugal.

La madre refiere el trabajo de parto de Daniel T. como especialmente doloroso, llegando a expresar durante el procedimiento: “¡este maldito niño me está haciendo sufrir!”. Evalúa la atención intrahospitalaria recibida, como precaria e inadecuada.

No se refieren enfermedades, accidentes ni condiciones clínicas relevantes durante la infancia de Daniel T.

Historial evolutivo/social

De acuerdo a los datos suministrados por el colegio, en el año 2011 Daniel T. realizó el dibujo de la figura humana, por indicaciones de la psicóloga de la institución, escribiendo que se consideraba “un niño juguetón y muy consentido... el más consentido de toda mi familia”. Además mencionaba: “juego 5 horas computador y 5 horas con mis amigos”.

En el año 2012, la psicóloga le administró un test de frases incompletas. Entre sus respuestas se destacó su autoconcepto como “irresponsable”, su gusto por jugar, la dificultad para concentrarse, su deseo de mayor atención por parte de los padres, y la autopercepción de su comportamiento como perturbador: “algunas veces soy cansón... cuando era niño molestaba mucho... no es agradable molestar... nadie sabe que yo soy molestón”.

En el presente año, se registró un episodio en el colegio, en donde según el menor, uno de sus compañeros quiso quitarle algo de comida, a lo cual, él respondió tomándolo del cuello y golpeándolo en el rostro; por parte de su compañero también recibió golpes.

Los padres refieren que a Daniel T. le gustan los juegos en que emplea la fuerza, y señalan que generalmente se entretiene con el computador, con consolas de video, y armas de juguete.

En el edificio en donde vive de lunes a viernes, es el único adolescente de su edad, sin embargo, en la residencia de su abuelo paterno, en donde habita los fines de semana, sí suele socializar con otros adolescentes, con quienes según su padre: “juega... ríe mucho y a veces hacen alboroto dentro del edificio, lo que molesta a los vecinos mayores”.

Los padres identifican a uno de estos adolescentes como “una mala influencia”, en cuanto parece experimentar conflictos intrafamiliares, sin embargo, expresan que “a pesar de que se le

ha hablado mucho acerca de eso, inevitablemente seguirá jugando con ese niño mientras siga viviendo en el edificio”.

Historial familiar

Cuando el padre y la madre de Daniel T. empezaron a convivir, ella tenía un hijo de 6 años de edad concebido con otra persona. La familia del padre no estuvo de acuerdo con su relación conyugal, y desde entonces, ha mantenido una relación conflictiva y distante con la madre, rechazando cada uno de sus embarazos. Incluso, sólo accedieron a conocer a la hermana de Daniel T. cuando ella tenía aproximadamente 8 años de edad.

Padre y madre se diferencian en su nivel de educación formal y ocupacional. Mientras el padre se ha formado y ejercido como arquitecto, la madre no posee estudios universitarios y se ha dedicado la mayor parte del tiempo a actividades comunitarias y voluntariados de carácter social, en general, sin remuneración económica.

Daniel T. convive de lunes a viernes con su madre, quien la mayor parte del tiempo permanece por fuera del hogar, en ocupaciones de carácter voluntario y social, lo cual, recibe poco apoyo de su núcleo familiar. También convive con su hermano, quien se encuentra finalizando estudios universitarios, y con su hermana, quien frecuenta una iglesia cristiana no católica y recientemente ha iniciado primer semestre en la universidad. Los fines de semana, Daniel T. convive con su padre y abuelo paterno de 76 años de edad, en la vivienda de éste, ubicada a poca distancia. Su abuela paterna falleció hace 2 años aproximadamente.

Los padres se encuentran separados hace 2 meses, por decisión del padre, quien se marchó ante el reclamo de su esposa por un supuesto evento de infidelidad. Según comenta la pareja, no

han dialogado ni confrontado esta situación, siendo la segunda vez que se separan por motivos similares. No obstante, el padre continúa frecuentando la vivienda.

La relación entre el abuelo paterno y la madre se describe como distante y conflictiva; entre el padre y el hijo de 20 años como conflictiva, y entre la madre y la hija como cercana y conflictiva. Al parecer, la relación entre hermanos es cercana. La relación de Daniel T. con su familia extensa se refiere como “buena”, y en especial, se señala que “es el consentido de todos”.

El abuelo materno de Daniel T. falleció hace 33 años aproximadamente, a causa de un evento cerebro-vascular (trombosis). Su abuela materna murió hace 25 años, debido a un accidente automovilístico. Dos de los cinco hermanos de la madre fueron asesinados en hechos diferentes por grupos armados ilegales, uno de ellos hace 7 años.

Actualmente, el padre del adolescente recibe tratamiento médico para la hipertensión; anteriormente, le han realizado tres cateterismos por obstrucción de arterias coronarias; psicológicamente, se autodescribe como obsesivo.

Los padres mencionan que en general, sus hijos no suelen obedecerles como ellos esperarían y no aportan activamente a las labores del hogar, lo cual, ha generado conflictos. Resaltan especialmente las continuas confrontaciones del padre con el hijo de 32 años, durante su adolescencia, quien desde su infancia conoció que su padre biológico era otra persona; sus hermanos también lo han sabido desde temprana edad.

Igualmente, los padres destacan su desacuerdo con la cantidad de tiempo que su hija dedica a las labores de la iglesia, considerándolo como elevado. Recientemente, ella ha ingresado a una organización civil de voluntarios, a donde ha asistido con frecuencia, inclusive, durante dos

meses aproximadamente, permaneció en Bogotá D.C. capacitándose; estando allí, llamaba poco a sus padres, manteniendo una relación distante.

Evaluación de los patrones comunicativos del consultante

En la primera consulta, el adolescente interactúa con lenguaje parco y monosilábico la mayor parte del tiempo; no refiere información acerca de la separación actual de sus padres. Permanece en su silla, mantiene contacto visual, responde escueta y rápidamente a las preguntas y la mayor parte del tiempo se orienta corporalmente hacia el terapeuta.

Frente a algunas preguntas, entrecierra los ojos y responde con un tono que se interpreta como suspicaz. Gestos faciales similares han sido referidos por una de sus docentes. Cuando se le pregunta, en presencia de su padre, por su rendimiento escolar, lo observa de lado, moviendo solamente sus ojos y permaneciendo en silencio y con su cuerpo dirigido al entrevistador.

Examen del estado mental

Actividad motora y conducta intencional: no se evidencian alteraciones.

Conciencia, atención y orientación: preliminarmente, no se identifican alteraciones de conciencia o atención; se evalúa brevemente su concentración, solicitando al consultante que mencione los meses del año al revés (Baños, Perpiñá & Botella, citados en Caballo, 2009), para lo cual, muestra desempeño adecuado. Se presenta orientado en tiempo, lugar y persona.

Memoria: sin alteraciones evidentes, tras realizar las 10 preguntas de Kahn (citado en Kaplan & Sadock, 1997, citados en Caballo, 2009).

Percepción: sin alteraciones evidentes.

Forma del pensamiento, lenguaje y habla: respuestas monosilábicas, habla poco espontánea.

Contenido del pensamiento: sin alteraciones evidentes.

Conciencia del sí mismo: adecuada conciencia del sí mismo, la realidad y el entorno. No se evidencian anomalías en la imagen o esquema corporal.

Afectos y emociones: se observa poca expresión emocional asociada a su discurso, incluso, cuando se dialoga acerca de la relación actual de sus padres, su familia o su área escolar.

Funciones fisiológicas: según sus padres, suele ir a dormir a las 11:00 p.m. o más tarde, por jugar en su computador o ver televisión. En las mañanas, frecuentemente se levanta a las 8:00 a.m. En sus otras funciones fisiológicas no se identifican alteraciones evidentes.

Inteligencia: inteligencia general dentro de parámetros normales, de acuerdo a los resultados del Test de Inteligencia General y Factorial- IGF-B (Yuste, 2001). Se identifica mayor puntuación en inteligencia no verbal que en inteligencia verbal; su razonamiento abstracto es significativamente alto y sus aptitudes espaciales y numéricas reportan las puntuaciones más bajas.

Exámenes físicos: no sugeridos.

Instrumentos

Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009) (anexo A): entrevista semiestructurada que explora la información del consultante, a través de nueve áreas específicas. Está diseñada para favorecer el análisis funcional de las conductas problema. Para el caso, se envió a los padres por correo

electrónico el formato en blanco, para ser diligenciado y retornado por el mismo medio. Su uso se consideró atendiendo a los problemas referidos en el motivo de consulta. Posteriormente, la información suministrada se revisó en sesión.

Registro Observacional Básico ABC (Fernández & Muñoz, citados en Caballo, 2009) (anexo B): registro empleado para facilitar el análisis de los problemas de comportamiento perturbador en términos de relaciones funcionales. Aporta información básica acerca de la conducta del adolescente, sus antecedentes y consecuentes cada vez que ésta se produce. Se entregó un registro al padre y uno a la madre, para revisar su diligenciamiento una semana después. En la siguiente consulta, la madre no llevó el registro, y sus referencias de las conductas problemáticas fueron imprecisas; por su parte, el padre entregó el formato con una conducta registrada.

Esquema Diagnóstico de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009) (anexo C): el objetivo de este instrumento es facilitar el diagnóstico de los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. El esquema incluye los criterios diagnósticos de los trastornos formulados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales- IV-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000/2002) y de los subtipos propuestos para cada uno de los trastornos; este instrumento fue diligenciado con los padres en consulta. Como resultado, se identifica que no cumple con el total de criterios requeridos para diagnosticarse alguno de los subtipos de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH).

Guías para estructurar la información y generar hipótesis diagnósticas (Caballo, 2009) (anexo D): se basan en una lista de preguntas propuestas por Flaherty, Chanon y Davis (1988, citados en Caballo, 2009), para favorecer la organización de la información, y analizar cuál es el problema

que se presenta. Exploran la existencia de síntomas psicóticos y afectivos, alteraciones de la personalidad y síntomas orgánicos. A partir de la información de diversos métodos e informantes, se concluye preliminarmente que ninguna de estas características se presenta.

Test de Inteligencia General y Factorial- IGF-B (Yuste, 2001): evalúa 7 factores de aptitudes correspondientes a la inteligencia: inteligencia general, inteligencia no verbal, inteligencia verbal, razonamiento abstracto, aptitud espacial, razonamiento verbal y aptitud numérica. Está diseñado en varias versiones, según el nivel de educación formal del evaluado. Para el presente caso, se ha empleado el IGF-B (Básico). Cada factor del test presenta índices de fiabilidad superiores a 0.79, mediante KR-20 de Kuder-Richardson.

En los resultados de Daniel T. se identifica alta puntuación en Inteligencia General (IG), lo cual, puede indicar habilidad para la resolución de diversos tipos de problemas, adecuada inteligencia tanto natural como adquirida, flexibilidad intelectual para trabajar con contenidos diversos, capacidad para la deducción e inducción lógica, y rapidez y agilidad mental para captar relaciones y descubrir leyes o principios.

Igualmente, en Inteligencia No Verbal (INV) se identifica puntuación alta, lo cual, podría indicar adecuada inteligencia fluida, factor general de inteligencia alto, aptitud para razonar con contenidos no-verbales, agilidad mental y flexibilidad para resolver cuestiones de tipo lógico/abstracto, desarrollo de la inteligencia no-verbal, adecuada base intelectual no adquirida, y capacidad para combinar figuras en el espacio y descubrir relaciones de distancia, forma y tamaño entre ellas.

Su Razonamiento Abstracto (RA) también presenta puntuaciones altas, lo cual, puede sugerir capacidad para el razonamiento lógico, aptitud para razonar con contenidos no-verbales, agilidad

mental y flexibilidad para resolver cuestiones de tipo lógico/abstracto, y facilidad para encontrar secuencias lógicas en figuras geométricas.

Por otra parte, la puntuación en Inteligencia Verbal (IV) es baja, lo cual, puede indicar reducida inteligencia cristalizada, inadecuada comprensión verbal, pobreza de vocabulario, reducida memoria a largo plazo de significación de conceptos, dificultad para deducir relaciones entre conceptos verbales, y dificultad para manejar conceptos y encontrar principios de clasificación entre ellos.

Finalmente, su puntuación en Aptitud Numérica (ApN) es baja, lo cual, podría sugerir procesamiento erróneo de números, lentitud en el cálculo mental, y desconocimiento de los símbolos aritméticos fundamentales.

Formas Idénticas (Thurstone, 1996): este test evalúa las aptitudes perceptivas y de atención, con un tiempo limitado de 4 minutos para su ejecución. Según su autor, a pesar de los numerosos análisis a los que se ha sometido la prueba, aún es difícil precisar su composición factorial exacta; sin embargo, parece ligada a ciertos tipos de aptitudes perceptivo-espaciales de atención, no medidas por los tests clásicos. El resultado de Daniel T. se ubica en un centil superior (99), lo cual, podría sugerir elevadas aptitudes perceptivas y de atención.

10 preguntas de Kahn (citado en Kaplan & Sadock, 1997, citados en Caballo, 2009): forma sistemática y breve de evaluar aspectos generales asociados a la memoria, en sus diferentes dimensiones. El adolescente respondió acertadamente a siete de las diez preguntas.

Escalas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 1998): conjunto de escalas que miden los principales rasgos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.

Tales escalas, están diseñadas para ser respondidas por el docente del sujeto a evaluar. Mediante puntos de corte en los centiles para cursos de 1° a 6° de primaria, se establecen niveles de riesgo de padecer el trastorno. Todas las subescalas de este instrumento tienen coeficientes de fiabilidad iguales o superiores a 0,90 y su validez convergente es mayor o igual a 0,74, para las diferentes subescalas.

De acuerdo a las respuestas de la tutora de grupo al instrumento, el adolescente no presenta riesgo de experimentar hiperactividad/impulsividad, déficit de atención o trastornos de conducta. Los autores de esta prueba refieren que la presencia o ausencia de trastornos de conducta ayuda a definir si éstos son concomitantes al TDAH o si se trata de otro tipo de trastorno sin TDAH de base.

Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (Musitu & García, 2004): esta escala evalúa el estilo de socialización de cada padre en diversos escenarios representativos de la cultura occidental. A partir de las puntuaciones en dos dimensiones (aceptación/implicación y coerción/imposición) se tipifica el estilo de socialización de cada padre como autoritario, autorizativo, negligente o indulgente, de la siguiente forma:

- Estilo autoritario: baja aceptación/implicación y alta coerción/imposición.
- Estilo autorizativo: alta aceptación/implicación y alta coerción/imposición.
- Negligente: baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición.
- Indulgente: alta aceptación/implicación y baja coerción/imposición.

Según los autores, los ítems de cada una de las escalas evalúan formas de actuación de la madre y del padre de manera consistente entre las distintas situaciones planteadas a los hijos.

De acuerdo a las respuestas de Daniel T. al instrumento, el estilo de socialización atribuido a su madre se ubicó en el centil 93 de aceptación/implicación, y en el centil 50 de coerción/imposición, lo cual, la sitúa en el límite de los estilos de socialización autorizativo e indulgente. No obstante, es de resaltar su mayor proximidad al estilo indulgente, caracterizado por alta aceptación/implicación y baja coerción/imposición.

Por su parte, el estilo de socialización atribuido a su padre se ubicó en el centil 95 de aceptación/implicación, y en el centil 70 de coerción/imposición, lo cual, lo posiciona claramente en un estilo de socialización autorizativo, caracterizado por alta aceptación/implicación y alta coerción/imposición.

Reacción del examinador

Se infiere en Daniel T. la intención de dar una impresión favorable en consulta, mostrándose tranquilo y aparentemente colaborador, puesto que su conducta contrasta considerablemente con las acciones problemáticas descritas por familiares y docentes. Al parecer, éstas se presentan principalmente en ausencia de figuras de autoridad.

La interacción en consulta ha sido difícil, en parte, por la moderación en sus respuestas y la poca espontaneidad en el diálogo. En principio, se percibió una alianza terapéutica débil.

Diagnóstico diferencial

En la evaluación de los problemas presentes, se ha descartado que estas conductas se deban al proceso de desarrollo del menor, en cuanto reflejan una mayor alteración en su funcionamiento social y académico, de lo que cabría esperar para su edad y contexto cultural. Igualmente, se han rechazado condiciones clínicas que podrían manifestarse de manera similar a la problemática

actual. Por ejemplo, a través del Test de Inteligencia General y Factorial- IGF-B (Yuste, 2001) y el Test de Formas Idénticas (Thurstone, 1996), se ha excluido déficit en inteligencia y atención, respectivamente.

Asimismo, las entrevistas con los padres y el adolescente, en conjunto con las Guías para Estructurar la Información y Generar Hipótesis Diagnósticas (Caballo, 2009), han permitido descartar en primera instancia síntomas psicóticos y afectivos, alteraciones de la personalidad y síntomas orgánicos.

Finalmente, las Escalas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 1998) y el Esquema Diagnóstico de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009), han hecho posible evaluar y excluir la presencia de Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, en especial, TDAH y Trastorno Disocial.

Resumen diagnóstico

Diagnóstico DSM-IV-TR

EJE I: Z03.2 Sin diagnóstico

EJE II: Z03.2 Ningún diagnóstico

EJE III: Ninguno

EJE IV: Perturbación familiar por separación conyugal, sobreprotección de los padres, disciplina inadecuada, acompañamiento parental insuficiente.

EJE V: EEAG 67 (actual)

Impresión Diagnóstica

El adolescente presenta conductas, que en contextos escolares y sociales generan problemas académicos y de relación, afectando su nivel de actividad global. A partir de algunas de sus características, estas conductas se agrupan en tres categorías:

- Conductas relacionadas con el estudio.
- Conductas relacionadas con agresividad
- Comunicación parento-filial

Observaciones

Es evidente el conflicto conyugal actual. En las dos primeras consultas, los padres (en especial la madre) orientan la atención y el diálogo hacia su actual crisis, dejando de lado la situación de Daniel T.

Para el caso, y teniendo en cuenta los antecedentes terapéuticos de Daniel T., se considera fundamental promover la motivación hacia el tratamiento, al igual que la constancia y el esfuerzo de la familia a lo largo del proceso. Asimismo, conviene considerar que en principio, fue el abuelo paterno quien sugirió la atención psicoterapéutica, por lo cual, convendría fortalecer el reconocimiento de la problemática y la intención de cambio, en cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Conceptualización de caso

Como se mencionó en el apartado correspondiente a la impresión diagnóstica, los problemas presentes se han organizado en tres categorías, según algunas de sus características comunes, con

el objetivo de favorecer su conceptualización y tratamiento. Una vez realizado este procedimiento, el terapeuta los ha evaluado en una escala subjetiva de importancia y modificabilidad, con valores desde 0 hasta 1, en donde 0 significa “sin importancia” o “no modificable” y 1 significa “elevada importancia” o “elevada modificabilidad”, considerando las indicaciones de Haynes (2009), para la elaboración de análisis funcionales de conducta.

Lo anterior, con la intención de facilitar la priorización de problemas en la intervención y el establecimiento de objetivos terapéuticos pertinentes. En la tabla 2 se presenta la categorización y valoración respectivas, en orden descendente:

Tabla 2. Categorización de los problemas presentes con valoraciones subjetivas de importancia y modificabilidad.

Categoría	Problema	Valoración	
		Importancia	Modificabilidad
Conductas relacionadas con el estudio	No suele tomar apuntes en clase	1	0.8
	Con frecuencia no lleva tareas al colegio	1	0.7
	Su caligrafía es aparentemente inadecuada para su edad cronológica	0.8	0.8
	Expresa no desear estudiar	0.7	0.7
	En clases tiende a mostrarse inatento	0.8	0.7
Conductas relacionadas con agresividad	Juegos interpersonales bruscos	0.7	0.7
	Expresión verbal grosera en ausencia de adultos	0.7	0.7
	Preferencia por las armas, los juegos violentos, bélicos y los	0.2	0.2

	videojuegos.		
Comunicación parento-filial	Dice mentiras a sus padres	0.8	0.6

De este modo, se prioriza la intervención en las conductas relacionadas con el estudio, en cuanto se consideran de mayor importancia para la actividad global del adolescente y se evalúan con mayores probabilidades de modificación. No obstante, se espera que la intervención inicial en estas conductas, genere cambios en los otros problemas presentes.

Ahora bien ¿cómo explicar y entender las categorías de conductas problema? Según la información obtenida por múltiples fuentes y métodos, y tras considerar otras posibles explicaciones en el diagnóstico diferencial, podría plantearse que estas conductas de Daniel T. han sido originadas y se mantienen actualmente, debido a los estilos de socialización de su padre y su madre.

De acuerdo al historial del adolescente, podrían plantearse estilos de socialización negligentes, caracterizados por baja aceptación/implicación (pocas expresiones de satisfacción, aprobación y afecto hacia las conductas filiales ajustadas a las normas familiares) y baja coerción/imposición (mínimas actitudes y conductas orientadoras y coactivas hacia la vulneración o transgresión de las normas de la familia), aun cuando las Escalas de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (Musitu & García, 2004) ubicaron a la madre en un límite cercano a la indulgencia y al padre en el estilo de socialización autorizativo.

Como evidencia de la presencia de estilos de socialización negligentes, se encuentra la información referida por la psicóloga de la anterior institución educativa, quien menciona que durante el 4° grado, era la hermana quien ejercía el papel de acudiente, y señala especialmente

que los padres “sólo lo traían a principio de año y no regresaban”, lo cual, podría asociarse a baja aceptación/implicación en la crianza. A esto, se aúna el poco tiempo que los padres aún suelen compartir con el menor.

Por otra parte, cuando el adolescente reprobó grado 4º, el padre decidió no volver a matricularlo en el colegio, mencionando que no creía conveniente obligarlo a hacer algo que él no quisiera, expresión que podría asociarse a un estilo parental de baja coerción/imposición, caracterizado por poca disciplina y mínimos límites conductuales.

Asimismo, las docentes de 4º y 5º grado hacen mención al poco acompañamiento de los padres en el proceso académico actual de Daniel T., refiriendo que asisten a la institución si se les llama, pero pocas veces lo hacen por iniciativa propia; además, sus cuadernos son desordenados, pocas veces lleva tareas al colegio, y con frecuencia no toma apuntes en clase. A su vez, el abuelo paterno refiere: “esa gente no me le pone disciplina”, aludiendo a los padres. Lo anterior, también podría evidenciar un estilo parental de baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición.

Muestra adicional de baja coerción/imposición, es el hecho de que hasta hace poco, se le permitiese jugar cada día varias horas en el computador y con sus amigos, a pesar de su bajo rendimiento académico. En consonancia, los padres mencionan que en general, sus hijos no suelen obedecerles como ellos esperarían y no aportan activamente a las labores del hogar.

Así pues, en estos extractos del discurso del adolescente, de sus padres y de algunos de sus docentes, se infiere baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición, conductas que podrían remitir a un estilo de socialización parental negligente, y explicar los problemas presentes de Daniel T.

Hipótesis diagnóstica

A partir de la evaluación multifuente-multimétodo realizada, y considerando que hasta el momento se habían excluido otras condiciones clínicas que pudieran explicar los problemas presentes del adolescente, se planteó que:

H_D: una baja aceptación/implicación y una baja coerción/imposición de los padres en la crianza de su hijo, características de un estilo de socialización negligente, explicarían los problemas asociados al área académica, a la agresividad, y a la comunicación parento-filial.

En primera instancia, esta hipótesis fue refutada por los resultados de las Escalas de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (Musitu & García, 2004). Sin embargo, a partir de los datos adicionales obtenidos durante la fase de evaluación clínica, se planteó la pertinencia de no descartar aún esta hipótesis diagnóstica, considerando que otra clase de información parecía apoyarla.

A continuación se formuló el plan de intervención, con el cual, se esperaba obtener datos determinantes para la explicación de los problemas presentes y su efectiva modificación.

Plan de Intervención

Objetivos Terapéuticos

Se plantearon dos objetivos terapéuticos, cada uno de los cuales, se presentó con cuatro estrategias terapéuticas, de la siguiente manera:

Objetivo no. 1

a) Incrementar la aceptación/implicación en la crianza de Daniel T., a través de estrategias acordadas y preestablecidas con el terapeuta.

Estrategias terapéuticas

- Establecer espacios de encuentros diarios y semanales, en donde se compartan actividades y se procure la comunicación interpersonal con Daniel T.
- Identificar y promover las cualidades y habilidades de Daniel T., a través de medios que le permitan desarrollarlas ampliamente.
- Establecer premios que sean proporcionales y sólo contingentes a conductas favorables y claramente diferentes a las identificadas como problemáticas.
- Comunicarse semanalmente con la tutora de grupo de Daniel T., para informarse acerca de su proceso escolar.

Objetivo no. 2

b) Incrementar la coerción/imposición en la crianza de Daniel T., a través de estrategias acordadas y preestablecidas con el terapeuta.

Estrategias terapéuticas

- Establecer, con participación de Daniel T., un horario de actividades diarias y garantizar su cumplimiento, sólo con las variaciones y adaptaciones que sean necesarias.
- Establecer castigos que sean proporcionales y sólo contingentes a conductas desfavorables o a las identificadas como problemáticas.
- Supervisar diariamente las actividades realizadas por Daniel T.

- Realizar seguimiento diario a los cuadernos, apuntes y tareas de Daniel T., antes y después de asistir al colegio, garantizando el cumplimiento de sus deberes académicos.

Posteriormente, se entregó a los padres un documento con el informe de la evaluación psicológica de Daniel T., el plan de intervención planteado y las recomendaciones pertinentes.

Asimismo, se realizó interconsulta con una profesional de la psicopedagogía, para evaluar la caligrafía de Daniel T., considerando que había sido una de las quejas presentadas por los padres, en el inicio del proceso terapéutico.

Finalmente, y con el objetivo de aportar a la resignificación del rol parental del padre y de la madre de Daniel T., se implementó biblioterapia, específicamente recomendando a cada uno de ellos, la lectura del libro *Un grito desesperado*, de Carlos Cuauhtémoc Sánchez (1997), novela que aborda el desarrollo familiar.

Dificultades Previstas

De acuerdo a los antecedentes terapéuticos de Daniel T. y sus padres, se previó la probabilidad de que abandonaran prematuramente el tratamiento, por lo cual, se consideró importante promover su motivación hacia la psicoterapia, procurar claridad en los procedimientos formulados, y fortalecer el acompañamiento por parte del terapeuta.

Descripción de las sesiones

Sesión No. 1: se realizó encuadre terapéutico con el adolescente y sus padres, dialogando en torno a aspectos como, el perfil profesional y laboral del terapeuta, los horarios disponibles para

la atención, los honorarios, la duración de las sesiones y el establecimiento de expectativas realistas hacia el proceso psicoterapéutico, entre otras cuestiones pertinentes.

Adicionalmente, se entregó un documento, adaptado de Trull y Phares (2003), para facilitar la participación informada en el proceso psicoterapéutico, considerando áreas como: la terapia, alternativas de tratamiento, citas, confidencialidad, honorarios e información general (anexo E).

Una vez abordada esta información con los tres asistentes, se diligenció el consentimiento informado, donde cada uno dejó constancia de su conocimiento sobre las condiciones de la psicoterapia y aceptó iniciar el proceso (anexo F). Una vez firmado este documento, se solicitó al adolescente esperar afuera de la oficina y se inició con los padres la exploración del caso.

Se explicó a los padres el diligenciamiento del instrumento denominado Pautas de Entrevista para Padres de Niños con Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009), el cual, se envió posteriormente por correo electrónico, para ser completado en casa y retornarse por el mismo medio. Para finalizar, se solicitó la percepción acerca de la sesión y se acordó con Daniel T. y sus padres, una consulta para la siguiente semana.

Sesión No. 2: tras realizar control acerca de los eventos significativos en los días precedentes y establecer la agenda para la sesión, se revisó el instrumento Pautas de Entrevista para Padres de Niños con Comportamiento Perturbador, enviado por correo electrónico. Se evidenció un diligenciamiento casi completo, realizado en principio de manera individual por el padre y por la madre, y posteriormente, consolidado en un solo documento. Este instrumento resultó significativamente útil en el proceso de evaluación, puesto que facilitó la obtención de información para el historial de Daniel T.

Paralelamente en otra oficina, se solicitó al adolescente realizar el dibujo de su familia y construir una historia al respecto, con el objetivo de emplearlo en la siguiente sesión para favorecer la alianza terapéutica.

A su vez, se indicó al padre y a la madre, diligenciar el Registro Observacional Básico ABC (Fernández & Muñoz, citados en Caballo, 2009), en la semana posterior a la sesión, con el fin de continuar con la evaluación funcional de los problemas presentes. Se entregó un registro a cada uno y se solicitó traerlos para la próxima consulta, con al menos una conducta descrita. Además, se pidió hacer llegar el informe de procesos psicoterapéuticos anteriores. Finalmente, se solicitó la percepción acerca de la sesión y se acordó con Daniel T. y sus padres, un nuevo encuentro durante la semana siguiente.

Sesión No. 3: una vez realizado el control acerca de los eventos significativos en los días precedentes y habiendo establecido la agenda de la sesión, se entrevistó al adolescente para continuar con la exploración del caso, empleando el dibujo y la historia elaborados en la consulta anterior.

Posteriormente, y tras solicitar a Daniel T. aguardar afuera del consultorio, se revisó cada Registro Observacional Básico ABC, diligenciado por los padres. Al respecto, la madre no registró ninguna conducta, expresando haberlo olvidado, mientras el padre, registró una única conducta, observada en casa.

Se consideró importante establecer con los padres, nuevos acuerdos para la consulta, puesto que en sesiones anteriores venían destinando gran parte del tiempo a hablar acerca de su conflicto conyugal, dejando de lado la situación de Daniel T. y el motivo de consulta.

Si bien se reconoció la importancia del conflicto conyugal en los problemas presentes, se tomó una actitud directiva y orientada hacia la profundidad y brevedad de la terapia, desde la cual, se juzgó conveniente procurar mantenerse en el foco del proceso.

Así pues, en acuerdo con los padres, se logró disminuir la interferencia de su actual conflicto conyugal en las consultas dedicadas a los problemas presentes, realizando además, connotación positiva de su rol como padres y propiciando la resignificación de su labor de crianza.

Se solicitó al padre y a la madre, su autorización escrita para asistir a la anterior institución educativa de Daniel T. y a su actual colegio, con el fin de entrevistar a los tutores de grupo y orientadores escolares (anexo G), ante lo cual, los padres asintieron sin objeción. Para terminar, se solicitó la percepción acerca de la sesión y se acordó con Daniel T. y sus padres, realizar la próxima consulta en la semana siguiente.

Sesión No. 4: a esta consulta sólo asistieron el adolescente y su padre, aun cuando la madre también fue convocada. En principio, se realizó con ellos el control acerca de los eventos relevantes en los días precedentes y se estableció la agenda a desarrollar. Se informó acerca del proceso de aplicación de pruebas psicométricas preparado para la sesión y se solicitó al padre salir de la oficina para iniciar la evaluación de Daniel T.

Se realizó entonces, valoración breve de su memoria a través de las 10 Preguntas de Kahn, para posteriormente evaluar la atención y la inteligencia, administrando el Test de Formas Idénticas y el Test de Inteligencia General y Factorial- IGF-B, respectivamente.

Se entregó un formato diseñado por el terapeuta para el adolescente, uno para el padre y uno para la madre, con el fin de ser diligenciados en casa y explorar sus expectativas acerca del

tratamiento psicoterapéutico, aquello que quisieran lograr y las acciones que estarían dispuestos a generar en busca de la mejoría (anexo H).

Finalmente, se solicitó a cada uno su percepción acerca de la sesión y se acordó la próxima consulta en la semana siguiente.

Sesión No. 5: asistieron el adolescente y sus padres. Una vez explorados los eventos relevantes durante los días inmediatamente precedentes, se dio a conocer los resultados de las pruebas administradas en la consulta anterior. Se recibió de su parte, los formatos para explorar sus expectativas acerca del tratamiento.

Posteriormente, se realizó entrevista a solas con el adolescente, para continuar con la obtención de información y el diligenciamiento de la historia clínica. Después, se entrevistó a los padres, en ausencia de Daniel T., profundizando en los diferentes apartados del historial clínico y se diligenció el Esquema Diagnóstico de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009), indicando además, que en los próximos días se administraría la Escala del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 1998), la cual, sería diligenciada por la docente tutora actual de Daniel T.

Se indicó a los padres, continuar con el Registro Observacional Básico ABC (Fernández & Muñoz, citados en Caballo, 2009), tanto en la fase de evaluación, como en la de intervención.

Daniel T. y sus padres, comentaron sus percepciones acerca de la sesión, y se les motivó a perseverar en el proceso psicoterapéutico actual, resaltando que por primera vez, habían asistido con un terapeuta más de tres sesiones continuas. Para terminar, se acordó la siguiente consulta durante la próxima semana.

En los días precedentes a la cuarta y quinta sesión, el terapeuta asistió en dos ocasiones al anterior colegio de Daniel T. y se entrevistó con la psicóloga de la institución, quien suministró información relevante para el historial, y facilitó una copia de los registros de comportamiento del adolescente (denominados *anecdotarios*). Durante los mismos días, el terapeuta se entrevistó con las docentes actuales de Daniel T., y en un encuentro adicional, administró a su tutora de grupo, la Escala del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 1998).

Sesión 6: En la exploración de los eventos relevantes durante los días inmediatamente precedentes, la familia expresó que Daniel T. se encontraba asistiendo a clases de Taekwondo desde hacía una semana, dos horas al día, en la jornada de la mañana.

En esta sesión, se presentó a Daniel T. y a sus padres los resultados de las evaluaciones realizadas hasta la quinta sesión, mencionando además, el concepto preliminar dado por una psicopedagoga consultada, acerca de lo apropiado de su caligrafía, según edad cronológica.

Posteriormente, se solicitó a Daniel T. dirigirse a otra oficina para responder a la ESPA- 29 (Musitu & García, 2004), como parte del contraste de la hipótesis diagnóstica formulada. Entretanto, se presentó a los padres de familia la conceptualización del caso, incluyendo la hipótesis diagnóstica y exponiendo la formulación del plan de intervención.

Se socializaron los objetivos terapéuticos planteados, relacionándolos con el motivo de consulta y con aquello que expresaron desear lograr, a través de los formatos diligenciados para la sesión No. 5. Se exploró su acuerdo y las actitudes hacia la devolución hecha por el terapeuta.

La madre expresó total desacuerdo, presentando justificaciones para cada argumento expuesto por el terapeuta acerca de la baja aceptación/implicación y la baja coerción/imposición. Por su

parte, el padre mostró mayor acuerdo, sugiriendo a la madre: “para eso uno solicita los servicios de un profesional, para que le muestren cosas que de pronto uno puede no estar viendo”.

En vista del desacuerdo presentado por la madre y considerando la finalización del tiempo de consulta, que se extendió por casi 2 horas, se planteó que en la próxima sesión se entregaría informe escrito del proceso y se dialogaría en torno a los problemas presentes, la conceptualización del caso, la hipótesis diagnóstica, y el plan de intervención, éste último, construido con los padres y el adolescente.

Para finalizar, y con el objetivo de favorecer la resignificación de los roles parentales, se entregó a cada padre un ejemplar del libro *Un grito desesperado*, de Carlos Cuauhtémoc Sánchez (1997), novela que aborda el desarrollo familiar.

Sesión No. 7: el día anterior a esta consulta se realizó llamada telefónica a cada padre de familia para recordar la cita programada. El padre asintió y expresó su intención de asistir. Por su parte, la madre refirió no poder acudir, debido a problemas de salud, sin embargo, cuando se exploró un poco más, se identificó su rechazo a continuar asistiendo a consulta en compañía del padre del menor, decisión asociada a su conflicto conyugal. Se planteó entonces realizar sesiones con los padres de familia, de manera separada, para continuar con el proceso.

Así pues, en la sesión no. 7 se atendió a Daniel T. y a su padre, a quien se solicitó asistir con libreta de apuntes y lapicero para trabajar en consulta. En la revisión de los eventos significativos durante los días precedentes, mencionaron que los dos se encontraban asistiendo en compañía de la hermana del adolescente a clases de Taekwondo, de lunes a viernes durante la noche. En cuanto al libro *Un grito desesperado*, entregado previamente, el padre manifestó haber leído ya el primer capítulo.

Una vez expuesta la agenda para la sesión, se realizó entrega de un documento con el informe del proceso psicoterapéutico realizado hasta el momento, incluyendo evaluación y plan de intervención. Posteriormente, se orientó la consulta a la revisión de los problemas presentes, los objetivos terapéuticos y las técnicas de intervención propuestas. Lo anterior, se presentó de manera gráfica, con el objetivo de dinamizar la sesión y favorecer la concentración de los consultantes. Durante toda la sesión se procuró involucrar activamente al adolescente.

En esta consulta, se observó inatención en Daniel T. Frente a algunas preguntas formuladas o cuando se le solicitaron aportes, el adolescente miró a su padre, aparentemente pidiendo ayuda para responder. El padre procuró que fuera él mismo quien respondiera. En varias ocasiones, Daniel T. se recostó en el escritorio bajando el rostro, o jugó con algunos objetos allí ubicados. A diferencia de otras sesiones, en ésta, Daniel T. no se mantuvo en posición erguida y orientado hacia el terapeuta. En respuesta a estas conductas, se procuró atraer continuamente su atención, involucrándolo en el diálogo durante la consulta.

Se discutió ampliamente acerca del primer objetivo terapéutico propuesto, procurando su comprensión: “Incrementar la aceptación/implicación en la crianza de Daniel T., a través de estrategias acordadas y preestablecidas con el terapeuta”.

Tales estrategias se exploraron, a partir de los lineamientos propuestos en el plan de intervención:

- Establecer espacios de encuentros diarios y semanales, en donde padres e hijo compartan actividades y procuren su comunicación interpersonal.
- Identificar y promover las cualidades y habilidades de Daniel T., a través de medios que le permitan desarrollarlas ampliamente.

- Establecer premios que sean proporcionales y sólo contingentes a conductas favorables y claramente diferentes a las identificadas como problemáticas.

- Comunicarse semanalmente con la tutora de grupo de Daniel T., para informarse acerca de su proceso escolar.

Igualmente, se realizó la revisión del segundo objetivo terapéutico, procurando su comprensión: “Incrementar la coerción/imposición en la crianza de Daniel T., a través de estrategias acordadas y preestablecidas con el terapeuta”.

Las estrategias propuestas se exploraron en torno a los lineamientos presentados para la intervención:

- Establecer, con participación de Daniel T., un horario de actividades diarias y garantizar su cumplimiento, sólo con las variaciones y adaptaciones que sean necesarias.

- Establecer castigos que sean proporcionales y sólo contingentes a conductas desfavorables o a las identificadas como problemáticas.

- Supervisar diariamente las actividades realizadas por Daniel T.

- Realizar seguimiento diario a los cuadernos y las tareas de Daniel T., antes y después de asistir al colegio, garantizando el cumplimiento de sus deberes académicos.

Se observó a Daniel T. poco participativo en el acuerdo y establecimiento de las prácticas a implementar, pese a que se procuró involucrarlo continuamente. Se revisaron conceptos claves como: premio, contingencia, castigo, refuerzo, conductas favorables y conductas desfavorables, entre otros.

Finalmente, cada práctica de intervención quedó bosquejada, estableciendo como tarea para casa, la descripción escrita de cada una de las 8 estrategias planteadas para el alcance de los objetivos. Asimismo, se recomendó continuar con la lectura del libro *Un grito desesperado*. El padre solicitó al terapeuta revisar una propuesta de horario de actividades que enviaría por correo electrónico el mismo día, tras elaborarlo digitalmente con Daniel T. Se realizó el cierre de la sesión y se programó el próximo encuentro para la siguiente semana.

Sesión No. 8: a esta sesión, realizada en la misma semana que la sesión no. 7, acudieron Daniel T. y su madre, a quien se solicitó asistir con libreta de apuntes y lapicero para trabajar en consulta.

En la revisión de los hechos significativos durante los días anteriores, no mencionaron hechos relevantes. En cuanto al libro *Un grito desesperado*, entregado previamente, la madre expresó no haber iniciado la lectura, argumentando tiempo insuficiente para leer durante el día y no poder leer en las noches por no contar con gafas, las cuales, no habría adquirido por falta de dinero.

Una vez expuesta la agenda para la sesión, se realizó entrega de un documento con el informe del proceso psicoterapéutico realizado hasta el momento, incluyendo evaluación y plan de intervención. Posteriormente, se orientó la consulta a la revisión de los problemas presentes, los objetivos terapéuticos y las estrategias de intervención propuestas. Lo anterior, se presentó de manera gráfica, con el objetivo de dinamizar la sesión y favorecer la concentración de los consultantes.

Durante la sesión se procuró involucrar activamente al adolescente, expresándole la expectativa del terapeuta de contar con una mayor participación de su parte, considerando que esta sesión se desarrollaría de manera similar a la consulta No. 7.

En un principio se acordó con Daniel T. un lapso de tiempo, en el cual, procuraría permanecer atento al diálogo realizado en consulta, conservando su postura corporal erguida y orientándose hacia su madre y el terapeuta. Inicialmente, el adolescente propuso permanecer atento durante 40 minutos, pero tras considerar detenidamente la cantidad de tiempo, se acordó que lo intentaría por 20 minutos. Al respecto, se observó esfuerzo de Daniel T. por involucrarse en el diálogo y concentrarse, sin embargo, aproximadamente en lapsos de 5 minutos, orientaba su cuerpo hacia otra dirección o jugaba con algunos implementos dispuestos sobre el escritorio de la oficina.

Se discutió ampliamente acerca del primer objetivo terapéutico propuesto, procurando su comprensión. Además, se exploraron las estrategias formuladas para su ejecución. Al respecto, la madre expresó su idea acerca del comportamiento desfavorable del padre para el desarrollo del plan de intervención, y mencionó que le gustaría que se hubiese realizado la consulta en presencia del padre, ante lo cual, se recordó que por decisión de ella no se hizo de esa manera. En general, la madre se mostró negativa en cuanto al aporte que el padre podría realizar a la intervención.

Del mismo modo, se realizó la revisión del segundo objetivo terapéutico, procurando su comprensión, y se exploraron las estrategias propuestas para su ejecución.

Al igual que con el padre, en esta sesión se revisaron conceptos claves como: premio, contingencia, refuerzo, castigo, conductas favorables y conductas desfavorables, entre otros.

Finalmente, se estableció como tarea para casa, la descripción escrita de cada una de las 8 estrategias propuestas para el alcance de los dos objetivos, y se sugirió continuar con la lectura del libro *Un grito desesperado*. Se efectuó el cierre de la sesión y se programó el siguiente encuentro.

Sesión No. 9: a esta consulta, realizada dos meses después, asistieron Daniel T., su madre y su padre, quienes se encontraban conviviendo nuevamente. Una vez realizado el encuadre y habiendo expuesto la agenda para la sesión, se revisó el estado actual de los problemas referidos en la primera consulta, mismos que fueron abordados prioritariamente en el proceso de intervención. Al respecto, la madre refirió que Daniel T. aprobó su año escolar, sin necesidad de recuperar asignaturas. Además, mencionó que los docentes no presentaron quejas recientemente ni hubo registros disciplinarios en su boletín final de notas. La madre señaló que en los últimos meses aumentó su acompañamiento de Daniel T. en las labores académicas, y acudió con mayor frecuencia a la institución educativa. En el momento se encontraban buscando un colegio para matricular a su hijo en el ciclo de bachillerato.

En cuanto a los videojuegos, los padres mencionaron que Daniel T. continuaba usándolos con frecuencia, si bien, ellos procuraban ofrecerle alternativas diferentes, como por ejemplo el deporte. No obstante, el adolescente refería estar cansado de practicar taekwondo, debido al nivel de exigencia física. Recientemente, la madre lo vinculó a un equipo de baloncesto promovido por ella, como presidenta de comuna. Por su parte, el adolescente expresaba abiertamente que no le gustaba ese deporte, pese a lo cual, la madre lo continuaba llevando a practicar.

Durante la consulta, el contacto visual del adolescente fue mínimo, dirigiendo su postura y mirada hacia el suelo. Cuando se le invitaba a dialogar, tardaba en responder, y una vez iniciaba, su madre lo interrumpía con la intención de hablar por él. Esta conducta fue señalada y sancionada por el padre, quien le pidió que permitiera al adolescente expresarse.

Se resaltó la importancia de realizar cambios parentales y familiares, con miras al inicio de la educación en bachillerato, considerando el mayor nivel de exigencia y compromiso que ésta le requeriría.

En cuanto a la lectura del libro entregado a cada padre, los dos refirieron haber leído como máximo el capítulo número 2.

Finalmente se cerró la sesión, realizando connotación positiva de la familia, por haber perseverado hasta la consulta No. 9, en comparación con otros procesos, en los cuales, asistieron como máximo a 3 sesiones. Agradecieron al terapeuta su apoyo y servicio, y antes de terminar, la madre solicitó considerar la posibilidad de realizar algunas sesiones de terapia solamente con el padre, con motivo de su afección cardíaca (que se manifestó aproximadamente hace dos meses con un preinfarto). Se consideró esta posibilidad y se dialogó por unos minutos respecto a las recomendaciones dadas por el médico y la psicóloga de la institución hospitalaria, para favorecer el estado de salud del padre.

Resultados

El proceso adelantado con Daniel T. y sus padres, ha comprendido hasta la fecha 5 sesiones de evaluación clínica (con actividades de evaluación adicionales a las realizadas en consulta), 3 sesiones de intervención, en donde se entregaron los respectivos resultados, se revisó la conceptualización del caso y se inició el plan de intervención, y una sesión de seguimiento, donde se exploró la puesta en práctica de la intervención propuesta, analizando la necesidad de variaciones.

Así pues, hasta el momento pueden enunciarse los siguientes resultados del proceso llevado a cabo:

En primera instancia, los instrumentos administrados, han ofrecido resultados de vital importancia para la evaluación de los problemas presentes. De este modo, el proceso se inició con el diligenciamiento del formato de Pautas de Entrevista para Padres de Niños con Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009), el cual, fue pieza clave para conceptualizar la problemática presentada, en especial, por las múltiples dimensiones en las que organiza la información del consultante y su familia.

El Registro Observacional Básico ABC (Fernández & Muñoz, citados en Caballo, 2009), aún cuando no fue diligenciado completamente por los padres, permitió un primer acercamiento a las conductas problema de Daniel T. Ahora bien, convendría considerar si la casi total omisión en su diligenciamiento podría deberse a falta de motivación parental, a inadecuada comprensión de las instrucciones, o incluso, si podría hacer parte del estilo negligente posiblemente mantenido por los padres, en especial, en lo que se refiere a baja aceptación/implicación.

Por su parte, el Esquema Diagnóstico de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009), posibilitó la realización del diagnóstico diferencial, en cuanto se identificó que Daniel T. no cumplía con el total de criterios requeridos para diagnosticarse alguno de los subtipos de TDAH. En la misma dirección, se orientaron los resultados de las Escalas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré & Narbona, 1998), con las cuales, se evidenció que el adolescente no presentaba riesgo de experimentar hiperactividad/impulsividad, déficit de atención o trastornos de conducta.

Así mismo, mediante las Guías para Estructurar la Información y Generar Hipótesis Diagnósticas (Caballo, 2009), preliminarmente se descartó la presencia de síntomas psicóticos y

afectivos, alteraciones de la personalidad y síntomas orgánicos, lo cual, apoyó el proceso de diagnóstico diferencial.

Con el Test de Inteligencia General y Factorial- IGF-B (Yuste, 2001) y el Test de Formas Idénticas (Thurstone, 1996), se logró evaluar inteligencia y atención, respectivamente, como parte del proceso diagnóstico de los problemas presentados por Daniel T. Como se mencionó en el apartado de instrumentos, se identificó un índice general de inteligencia apropiado para su edad cronológica y se evidenciaron adecuadas aptitudes perceptivas y de atención.

En este punto, cabría resaltar que la realización de un diagnóstico diferencial para las problemáticas presentadas por Daniel T., también fue un importante resultado del proceso, puesto que orientó al terapeuta en una dirección diferente a la relacionada con Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador, que en inicio se contemplaron según la referencias de los padres. Igualmente, aportó evidencia para explicaciones alternativas de los problemas, que conducirían a descartar en principio, la necesidad de medicación en el tratamiento del adolescente.

A su vez, la conceptualización del caso sería otro de los resultados clave por mencionar, puesto que fue el núcleo integrador de los diferentes componentes en el proceso de evaluación, y otorgó sentido a cada variable identificada. Además, su estructuración permitió ofrecer a los padres una formulación clínica fundamentada en datos ideográficos y respaldados en investigaciones previas. Del mismo modo, tal conceptualización desvirtuó la idea previa con que se acercaron a las primeras consultas, cuando consideraban la necesidad de un “diagnóstico oficial” para Daniel T.

Por su parte, la conceptualización del caso clínico, ha conducido al diseño de un plan de intervención orientado a las variables planteadas como causales, maximizando la probabilidad de efectividad y eficiencia en el proceso psicoterapéutico emprendido.

El plan de intervención ha sido concebido a partir de la integración de los datos obtenidos durante la evaluación, los aportes teóricos en el ámbito y las investigaciones previas, de tal manera, que su especificidad y contextualización, se destacan como un importante resultado, en contraste con propuestas más simples y preestablecidas que podrían resultar poco efectivas.

Por otra parte, en la sesión No. 9, en la que se realizó el seguimiento del plan de intervención, los tres miembros de la familia refirieron cambios realizados por ellos, en línea con las estrategias propuestas en la intervención.

En principio, aumentaron las actividades compartidas durante la semana entre los padres y Daniel T. Por ejemplo, la madre procuró dejarlo menos tiempo solo en casa y llevarlo con ella a realizar diligencias personales y laborales. Además, lo vinculó al equipo de baloncesto promovido recientemente por ella en su comuna. Por su parte, el padre buscó algunas alternativas para permanecer más tiempo con el adolescente, como caminatas al aire libre y actividades deportivas.

Los padres mencionaron haber implementado el reconocimiento y el apoyo a los logros de Daniel T., en áreas como la académica y la artística. Por ejemplo, señalaron su mejoría en los últimos reportes de su tutora de grupo y en los boletines de notas; además, destacaron la participación de su hijo en un reciente evento cultural organizado por el colegio, donde los docentes realizaron comentarios favorables.

La madre comenzó a asistir con mayor frecuencia a la institución educativa para conocer el proceso educativo de su hijo, frente a lo cual, mencionó el poco tiempo disponible de la tutora de grupo para atenderle.

Finalmente, los padres señalaron la colaboración de Daniel T. en las tareas diarias de la casa, tales como, lavar los platos y realizar aseo en la vivienda.

Discusión

Los resultados del presente estudio de caso, responden en principio, a la evaluación profunda que se procuró realizar, considerando que los padres y el adolescente contemplaban que su problema requería medicación, y atendiendo a la recomendación de autores como Caballo (2009), de enfatizar en el proceso evaluativo para maximizar las probabilidades de una intervención eficaz.

De este modo, cada método e instrumento empleado, estuvo en función de construir una conceptualización de caso, compleja aunque comprensible para los consultantes, lo cual, se cree haber logrado después de las sesiones y entrevistas con múltiples fuentes.

En cuanto al planteamiento de la hipótesis diagnóstica, en la Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (Musitu y García, 2004), el padre y la madre se caracterizaron como autorizativo e indulgente, respectivamente. Según un estudio de Gracia, Fuentes y García (2010), los adolescentes que denominaron a sus padres como indulgentes o autorizativos fueron quienes presentaron menos problemas conductuales en los tres índices examinados (conducta escolar disruptiva, delincuencia y consumo de sustancias), mientras que los hijos de padres autoritarios o negligentes presentaron mayores problemas de conducta.

Así pues, la evidencia inicial obtenida a través del instrumento psicométrico refutó la hipótesis diagnóstica, no obstante, la información adicional lograda por otras fuentes y mediante diferentes métodos, sí pareció orientarse hacia la hipótesis, es decir, que los padres se caracterizarían por estilos de socialización negligentes.

De hecho, en este punto habría que mencionar que Climent (2009) ha encontrado mediante el análisis de diversos estudios, que los estilos parentales educativos no suelen ser puros ni totalmente constantes, si bien, sí existe un predominio hacia uno o algunos de ellos; incluso, destaca que algunos padres adoptan estilos diferentes en varias áreas de la vida. De tal manera, surge el interrogante acerca del predominio de los estilos parentales autorizativo e indulgente, referidos por el instrumento psicométrico, durante la crianza de Daniel T.

Adicionalmente, en apoyo a la hipótesis diagnóstica formulada, durante el proceso de evaluación se evidenciaron acciones que parecieran encontrarse en esta dirección, por ejemplo, el hecho de que la madre no describiera conducta alguna en el Registro Observacional Básico ABC, según ella por haberlo olvidado, mientras el padre sólo registró una conducta de su hijo. Igualmente, cuando se consultó por la lectura del libro *Un grito desesperado*, la madre expresó no haber iniciado su revisión, argumentando tiempo insuficiente para leer durante el día y no poder hacerlo en las noches por no tener gafas. Las anteriores, podrían considerarse conductas clínicamente relevantes, orientadas hacia la hipótesis planteada.

Asimismo, habría que resaltar la ocasión en que la madre refirió telefónicamente al terapeuta no poder asistir a la siguiente consulta, debido a problemas de salud, si bien, inmediatamente reconoció que el motivo era otro, es decir, su rechazo a continuar asistiendo a terapia en compañía del padre del menor, decisión asociada a su conflicto conyugal.

No obstante, fue la madre quien expresó total desacuerdo, cuando se formuló la conceptualización del caso y la hipótesis diagnóstica, presentando justificaciones para cada argumento del terapeuta. Incluso, fue ella quien refirió el comportamiento del padre en casa como desfavorable para el desarrollo del plan de intervención, aun cuando él realizó parte de las tareas generadas en consulta.

Por otra parte, durante la presente práctica clínica se procuró realizar un análisis funcional individualizado y dinámico, que lograra incluir tanto los hallazgos de investigaciones empíricas previas, como los resultados más particulares de la evaluación conductual (Caballo, 2009). Sin embargo, aún es posible identificar variables que no se controlaron y que probablemente afecten y mantengan los problemas presentes.

Por ejemplo, habría que mencionar la relación fraternal, considerando que Daniel T. cuenta con 3 hermanos, todos de mayor edad que él. ¿De qué manera sus hermanos generan contingencias que aportan a la problemática? Es una pregunta que surge y que convendrá considerar en el progreso del proceso psicoterapéutico. En la misma línea, será importante tener en cuenta las contingencias aportadas por el ambiente escolar, en especial, por compañeros y docentes, al igual que el posible fenómeno de reforzamiento vicario existente tanto en la familia como en la escuela.

Finalmente, en este punto de la discusión, conviene hacer referencia a la práctica universitaria en la formación como especialista en psicología clínica. Al respecto, ¿qué problemas y fallas cabrían resaltar? Habría que referir precisamente el sitio en el que inicialmente se llevó a cabo, es decir, el Hospital Psiquiátrico, no por sus características o condiciones particulares, sino por las circunstancias en que se realizó la práctica, puesto que las condiciones

laborales del psicólogo, sólo permitieron asistir algunas horas durante la tarde, lo cual coincidió muchas veces con el horario de visitas, convirtiéndose en un obstáculo para el abordaje de los pacientes.

Al respecto, en futuras prácticas académicas, convendría acordar al menos un día a la semana, para asistir durante las jornadas de la mañana y la tarde, y ampliar las posibilidades de atención a los pacientes, lo cual por supuesto, dependerá de la flexibilidad laboral del psicólogo practicante.

El área de los hospitales mentales es una gran fuente de aprendizaje en lo que a psicopatología se refiere, puesto que se contemplan los más diversos y complejos trastornos, por lo cual, es un campo de aplicación que deberá conservarse y fortalecerse en el corto y mediano plazo. De hecho, los avances de las últimas décadas en la psicología clínica, hacen que el profesional en proceso de especialización tenga mucho que aportar a la evaluación, el diagnóstico y la intervención del malestar en estos pacientes.

Sin embargo, esta práctica también requiere que el psicólogo se adapte a sus circunstancias en términos de horarios y rutinas, y por supuesto, que sus condiciones laborales se lo permitan. Además, conviene que el profesional profundice e implemente la utilización de modelos de terapia breve, validados y apoyados científicamente.

Para finalizar, el autor quisiera hacer mención de lo imprescindible que considera una especialización en psicología clínica para quienes piensan ejercer el campo, puesto que evidentemente, la formación de pregrado no capacita en profundidad en esta área, y habría que considerar que no por ostentar un título de psicólogo un profesional se convierte inmediatamente en clínico, como muchas personas actualmente parecieran creer. A este respecto, los

Medicamentos para tranquilizar: la importancia de una evaluación 65

profesionales clínicos tienen una tarea trascendental para el desarrollo y reconocimiento social del campo de aplicación.

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000/2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Caballo, V. E. (dir.) (2009). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Climent, G. I. (2009). Voces, silencios y gritos: los significados del embarazo en la adolescencia y los estilos parentales educativos. *Revista argentina de sociología*, 12, 186-213.
- Sánchez, C.C. (1997). *Un grito desesperado*. México: Diamante.
- Esteve, J. V. (2004). Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, España.
- Franks, C. M. (1995). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V. E. Caballo (comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 3-25). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Farré, A. & Narbona, J. (1998). *Escalas del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gluck, M. A., Mercado, E. & Myers, C. E. (2009). *Aprendizaje y memoria: del cerebro al comportamiento*. México: McGraw- Hill.
- Gracia, E., Fuentes, M. C. & García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención psicosocial*, 19, (3), 265-278.
- Haynes, S. N. (2009). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En V. E. Caballo (dir.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 78-97). Madrid: Pirámide.
- Kazdin, A. E. (2005). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la terapia de conducta. En V. E. Caballo (comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 27-50). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Musitu, G. & García, J. F. (2004). *Escalas de estilos de socialización parental en la adolescencia*. Madrid: TEA Ediciones.
- Pear, J. J. (2005). Métodos operantes. En V. E. Caballo (comp.). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 299-327). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Thurstone, L. L. (1996). *Formas idénticas*. Madrid: TEA Ediciones.

Trull, T. J. & Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México: Thomson.

Vallejo, M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.

Yuste, C. (2001). Test de inteligencia general y factorial- B. Madrid: TEA Ediciones.

Anexos

Anexo A

Pautas de entrevista para padres de niños con comportamiento perturbador

(Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009)

A) Datos básicos de la entrevista

1. Nombre del niño:
2. Edad del niño:
3. Fecha de nacimiento:
4. Sexo:
5. Curso/nivel de escolarización:
6. Centro escolar:
7. Fecha de la entrevista:
8. Entrevistador:
9. Entrevistados:
10. Relación de los entrevistados con el niño:

B) Motivo de consulta

1. Motivo de consulta (tal y como los padres lo exponen, sus preocupaciones):
2. Enviado o remitido por (profesor, tutor, orientador, médico, pediatra, etc.):

C) Composición y entorno familiar

1. Situación familiar/marital (casados, separados, conviven...):
2. Con quién convive el niño:
3. Si los padres no conviven con el niño, por qué sucede:
4. Si el padre y la madre no conviven, por qué sucede:
5. Si los padres están separados, quién tiene la custodia del niño y bajo qué condiciones:
6. Hermanos (nombre, sexo, edad y convivencia en el domicilio familiar):
7. Otras personas que conviven con el niño (parentesco, relación con el niño, situación legal...):
8. Se ha visto interrumpida la convivencia del niño con sus padres/familia en algún momento:
9. Si se ha visto interrumpida, cuáles son los motivos (p. ej., crisis familiar, abandono, malos tratos, enfermedades de los padres, internamiento en hospital o centro educativo...):
10. Problemas físicos o psicológicos, presentes y pasados, de los padres o hermanos:

1. Para cada una de las conductas perturbadoras y/o problemáticas, defina la topografía (forma, cómo se ejecuta) y otros parámetros relevantes: frecuencia (cuántas veces ocurre por día, semana o mes), duración (durante cuánto tiempo ocurre) e intensidad.
2. Qué conductas descritas ocurren juntas, de alguna manera, con frecuencia (al mismo tiempo, en una secuencia predecible, en respuesta a la misma situación...):
3. Qué efectos negativos, destructivos o limitantes tienen estas conductas para la vida del niño o de su entorno:
4. Otros problemas de comportamiento (emocionales, sociales, académicos...):

E) Historia

Historia de las conductas perturbadoras y/o problemáticas:

1. Desde cuándo ocurren estas conductas problemáticas, de forma continuada o intermitente:
2. Si las conductas se han venido produciendo de forma intermitente, por cuánto tiempo dejaron de producirse:
3. Otros cambios en las conductas desde su aparición:
4. Cómo han intentado los padres controlar estas conductas:
5. Qué resultados han obtenido los padres:
6. Cómo han intentado en el colegio controlar estas conductas:
7. Qué resultados han obtenido en el colegio:
8. Si el niño ha recibido tratamiento psicológico profesional, describirlo (cuándo, para qué, tipo de tratamiento, profesional...):
9. Si el niño ha recibido tratamiento médico —farmacológico—, describirlo (fármaco o intervención, para qué, cuándo...):
10. Qué efecto han obtenido estos tratamientos:

Historial psicopatológico:

11. Ha sido evaluado o diagnosticado el niño con anterioridad:
12. Quién realizó la evaluación y con qué resultado (solicitar informes):
13. Recibió tratamiento el niño por otros problemas de tipo psicológico:
14. Qué tratamiento y quién lo prescribió:
15. Si el niño ha sido objeto de otro tipo de intervención (educativa, social...) por su conducta problemática, en qué ha consistido:

Historial escolar:

16. Desde cuándo está escolarizado el niño:
17. Ha repetido curso:
18. Resultados académicos del curso anterior:
19. Ha recibido educación especial o clases de apoyo:
20. Si la ha recibido, cuándo:
21. Problemas con los profesores o de disciplina en la escuela:
22. Problemas con los compañeros del colegio:

Desarrollo psicológico (problemas detectados durante el desarrollo del niño):

23. Sensorial:
24. Motriz:
25. Hábitos de eliminación:
26. Hábitos alimentarios:
27. Hábitos de sueño:
28. Lenguaje:
29. Habilidades generales de comunicación social:
30. Habilidades de interacción social con los compañeros:
31. Habilidades académicas:
32. Inteligencia:

Historial médico:

33. Enfermedades significativas que ha padecido el niño:
34. Tratamientos significativos recibidos (incluido hospitalización):
35. Resultados de pruebas neurológicas previas:
36. Dificultades sensoriales auditivas y visuales:
37. Características físicas inusuales (desde cuándo):
38. Consumo de sustancias psicoactivas (desde cuándo):

F) Factores disposicionales actuales que predicen/disponen para las conductas problemáticas

1. Qué medicación está tomando el niño en la actualidad:
2. Cómo creen los padres que puede afectar la medicación al comportamiento:

3. Enfermedades, condiciones médicas o físicas que pueden afectar al comportamiento del niño:
4. Patrones de sueño del niño (¿consideran que pueden afectar a su conducta?):
5. Rutinas alimentarias y dieta del niño (¿consideran que pueden afectar a su conducta?):
6. Cuál es la programación de actividades diarias del niño un día entre semana:
7. Qué actividades diarias gustan al niño y cuáles no:
8. Qué actividades diarias están más asociadas con la conducta problema o perturbadora:
9. Puede el niño cambiar o elegir las actividades que realiza a lo largo del día (cuáles):

G) Hechos antecedentes específicos e inmediatos

Predicen cuándo es probable que las conductas perturbadoras ocurran o no ocurran.

1. Cuándo es más probable y menos probable que ocurran las conductas:
2. Dónde es más probable y menos probable que las conductas ocurran:
3. Con quiénes es más probable y menos probable que las conductas ocurran:
4. Qué instrucciones u órdenes es más probable y menos probable que produzcan las conductas:
5. Qué exigencias al niño hacen más probables y menos probables las conductas:
6. Durante qué tareas es más probable y menos probable que se produzcan las conductas:
7. Qué actividades es más probable y menos probable que produzcan las conductas:
8. Otras situaciones o acontecimientos particulares o idiosincrásicos no señalados antes que algunas veces parezcan producir las conductas:
9. Otras actividades de los padres que hacen más probable que las conductas ocurran:

H) Consecuencias o resultados de las conductas problema

Para cada una de las conductas perturbadoras y problemáticas:

1. Qué consecuencias concretas o resultados consigue el niño:
 - a) Qué consigue:
 - b) Qué evita:

2. En qué situaciones las consigue o evita:
3. Con qué frecuencia el niño obtiene esas consecuencias concretas:
4. Cómo actúan los padres para intentar controlar las conductas concretas:
5. Si eso no funciona, y la conducta problemática continúa, qué hacen los padres:

I) Factores disposicionales motivacionales

Cosas, actividades, situaciones que le gustan al niño, que éste desea o son reforzantes para él:

1. Alimentos:
2. Juguetes y juegos:
3. Objetos:
4. Actividades en casa:
5. Actividades en el vecindario y comunidad:
6. Actividades en el colegio:
7. Tareas escolares:
8. Interacción con otros (quiénes y tipo de interacción):
9. Actividades de ocio:
10. Sensaciones o estimulación física:
11. Otras:

Cosas, actividades, situaciones que disgustan al niño, que éste no desea o son aversivas para él:

12. Alimentos:
13. Juguetes y juegos:
14. Objetos:
15. Actividades en casa:
16. Actividades en el vecindario y comunidad:
17. Actividades en el colegio:
18. Tareas escolares:
19. Interacción con otros (quiénes y tipo de interacción):
20. Actividades de ocio:
21. Sensaciones o estimulación física:
22. Otras:

Anexo C

Esquema Diagnóstico de los Trastornos por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador (Fernández & Muñoz, 2005, citados en Caballo, 2009)

Esquema diagnóstico de los TDACP

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad		Trastorno negativista desafiante	Trastorno disocial
Tipo hiperactivo-impulsivo	Tipo inatento		
<p>Con intensidad incoherente con el nivel de desarrollo y a menudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se mueve en exceso, o se remueve en el asiento <input type="checkbox"/> Abandona el asiento en clase u otras situaciones <input type="checkbox"/> Corre o salta donde no debe <input type="checkbox"/> Dificultades para jugar con tranquilidad <input type="checkbox"/> Siempre «está en marcha» <input type="checkbox"/> Habla en exceso <input type="checkbox"/> Precipita respuestas <input type="checkbox"/> Dificultades para guardar turno <input type="checkbox"/> Interrumpe o se inmiscuye en actividades de otros <p>_____ de 9 durante los últimos seis meses (≥ 6 = A)</p>	<p>Con intensidad incoherente con el nivel de desarrollo y a menudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No presta atención a detalles, incurre en errores <input type="checkbox"/> Dificultades para mantener la atención <input type="checkbox"/> Parece no escuchar <input type="checkbox"/> No sigue instrucciones ni finaliza tareas <input type="checkbox"/> Dificultades para organizar tareas y actividades <input type="checkbox"/> Evita tareas que exigen esfuerzo mental <input type="checkbox"/> Extravía objetos necesarios <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes <input type="checkbox"/> Descuidado en actividades diarias <p>_____ de 9 durante los últimos seis meses (≥ 6 = A)</p>	<p>Con más frecuencia de la típica en niños con igual edad y nivel de desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se encoleriza, pataletas <input type="checkbox"/> Discute con adultos <input type="checkbox"/> Desafía activamente <input type="checkbox"/> Molesta deliberadamente <input type="checkbox"/> Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento <input type="checkbox"/> Colérico y resentido <input type="checkbox"/> Rencoroso o vengativo <p>_____ de 8 durante los últimos 5 meses (≥ 6 = A)</p>	<p>De forma repetitiva y persistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fanfarronea, amenaza, intimida <input type="checkbox"/> Inicia peleas físicas <input type="checkbox"/> Ha utilizado un arma <input type="checkbox"/> Crueldad física con personas <input type="checkbox"/> Crueldad física con animales <input type="checkbox"/> Robo con enfrentamiento <input type="checkbox"/> Actividad sexual forzada <input type="checkbox"/> Ha provocado incendios <input type="checkbox"/> Ha destruido propiedades de otros <input type="checkbox"/> Ha violentado la casa o coche de otros <input type="checkbox"/> Miente para obtener bienes o evitar obligaciones <input type="checkbox"/> Robo sin enfrentamiento <input type="checkbox"/> Permanece fuera de casa de noche (conducta iniciada antes de los 13 años) <input type="checkbox"/> Se ha escapado de casa (dos veces una sola noche, o una vez más tiempo) <input type="checkbox"/> Suele hacer novillos (conducta iniciada antes de los 13 años) <p>_____ de 15 durante los últimos 12 meses (≥ 6 = A) _____ de 15 durante los últimos 6 meses (≥ 6 = A)</p>

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad		Trastorno negativista desafiante	Trastorno disocial
Tipo hiperactivo-impulsivo	Tipo inatentivo		
<input type="checkbox"/> Algunos síntomas antes de los 7 años (sí = B)	<input type="checkbox"/> Algunos síntomas antes de los 7 años (sí = B)	<input type="checkbox"/> Deterioro clínicamente significativo (sí = B)	<input type="checkbox"/> Deterioro clínicamente significativo (sí = B)
<input type="checkbox"/> Algunas alteraciones en dos o más ambientes (sí = C)	<input type="checkbox"/> Algunas alteraciones en dos o más ambientes (sí = C)	<input type="checkbox"/> Síntomas no aparecen sólo durante trastorno psicótico o del estado de ánimo (sí = C)	<input type="checkbox"/> En sujetos con más de 18 años no hay trastorno antisocial de la personalidad (sí = C)
<input type="checkbox"/> Deterioro clínicamente significativo (sí = D)	<input type="checkbox"/> Deterioro clínicamente significativo (sí = D)	<input type="checkbox"/> No hay trastorno disocial <input type="checkbox"/> En sujetos con más de 18 años no hay trastorno antisocial de la personalidad (ambos sí = D)	<input type="checkbox"/> Inicio antes 10 años (1) <input type="checkbox"/> Ausencia de criterios antes de los 10 años (2) <input type="checkbox"/> Edad de inicio desconocida (3)
<input type="checkbox"/> Descartados: trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o trastorno psicótico <input type="checkbox"/> No se explica mejor por otro trastorno mental (ambos sí = E)	<input type="checkbox"/> Descartados: trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia o trastorno psicótico <input type="checkbox"/> No se explica mejor por otro trastorno mental (ambos sí = E)		<input type="checkbox"/> Leve (criterios/daños mínimos a otros) <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave (varios problemas más de los exigidos y daños considerables a otros)
<input type="checkbox"/> A + B + C + D + E = TDA/H inatentivo	<input type="checkbox"/> A + B + C + D + E = TDA/H hiperactivo-impulsivo	<input type="checkbox"/> A + B + C + D = TND	<input type="checkbox"/> A + B + C + 1 = TD inicio infantil <input type="checkbox"/> A + B + C + 2 = TD inicio adolescente <input type="checkbox"/> A + B + C + 3 = TD inicio desconocido
<input type="checkbox"/> TDA/H inatentivo + TDA/H hiperactivo impulsivo = TDA/H combinado			

Nota: Esquema basado en Christophersen y Morweert (2001) y ampliado con información de American Psychiatric Association (2000).

Anexo D

Guías para estructurar la información y generar hipótesis diagnósticas (Caballo, 2009)

Guías para estructurar la información y generar hipótesis diagnósticas

A continuación se presenta una lista de preguntas, basada en la propuesta de Flaherty, Chanon y Davis (1988), que puede ayudar al clínico a organizar la información, con el fin de analizar cuál es el problema que presenta la persona una vez realizado el psicopatograma. Este listado no agota las posibles cuestiones que son susceptibles de ser planteadas, sino que sólo constituye una guía general.

Análisis de la existencia de síntomas psicóticos: ¿Manifiesta la persona signos y síntomas que signifiquen una alteración grave del juicio de la realidad (por ejemplo, alucinaciones, delirios, graves alteraciones formales del pensamiento, etc.)? ¿Es la primera vez que la persona está manifestando síntomas psicóticos? ¿Puede que los esté produciendo alguna situación estresante? Si hay alucinaciones, ¿de qué modalidad? ¿Cuál es la interpretación que la persona hace acerca de ellas? Si hay delirios, ¿son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo del paciente? ¿Están sistematizados? ¿Está presente alguno de los «síntomas de primer rango» que indicaba Schneider, tales como delirios de pasividad o de control, eco del pensamiento, alucinaciones imperativas, etc.? ¿Puede que los síntomas estén inducidos por algún agente biológico (enfermedad médica, consumo, intoxicación o abstinencia de alguna sustancia psicoactiva, etc.)? ¿Se relacionan con alguna situación fisiológica determinada, como falta de sueño, etc., o con algún contexto ambiental particular?

Análisis de la existencia de síntomas afectivos: ¿Están estos síntomas asociados con alguna situación que los precipite o acentúe? ¿Ha habido algún cambio en la vida o en las actitudes de la persona que sean concurrentes con la aparición de los síntomas? ¿Existe algún factor que esté relacionado con la atenuación o la remisión del síntoma? ¿Existen síntomas físicos asociados, tales como palpitaciones, cefalea, dolor torácico, disminución en la sensibilidad de las extremidades, respiraciones rápidas, sudoración, mareos, etc.? ¿Puede que los síntomas estén inducidos por algún agente biológico (enfermedad médica, consumo, intoxicación o abstinencia de alguna sustancia, etc.)? ¿Se relacionan con alguna situación fisiológica determinada, como falta de sueño, etc., o con algún contexto ambiental particular?

Análisis de la existencia de alteraciones de la personalidad y la conducta: ¿Cuál es y ha sido la relación que el paciente mantiene con personas cercanas, tales como amigos, familiares, amantes, jefes? ¿Cuál es la respuesta típica del paciente en situaciones de pérdida, decepción o éxito? Incluir una evaluación de la actitud del paciente con respecto al entrevistador y la respuesta del entrevistador al paciente.

Análisis de la existencia de síntomas orgánicos: ¿Hay síntomas de obnubilación, desorientación, alteraciones en la atención y concentración? ¿Ha habido un cambio en el funcionamiento de la memoria o en las capacidades cognoscitivas? Si lo ha habido, ¿ha interferido de algún modo con su funcionamiento habitual? ¿Hay síntomas neurológicos tales como pérdida de conciencia, convulsiones, traumatismos craneoencefálicos, cambios en las características de una cefalea, cambios en la visión, etc.? ¿Existen alucinaciones o ilusiones, sobre todo no auditivas? ¿Existen indicios de síntomas agudos transitorios asociados con drogas o «ataques» orgánicos? ¿Existen antecedentes de consumo de drogas?

Anexo E

Información para consultantes

FORMATO DE CONSENTIMIENTO¹

Quando usted asiste a terapia está comprando un servicio. Por consiguiente, requiere información para tomar una decisión acertada. A continuación encontrará algunas preguntas que podría querer hacer. Usted tiene derecho a formularme cualquiera de ellas u otras que no se consideren aquí. Si no comprende mis respuestas, pregúnteme de nuevo.

1. TERAPIA

- a) ¿Cómo funciona su tipo de terapia?
- b) ¿Cuáles son los posibles riesgos que entraña? (como divorcio, depresión)
- c) ¿Qué porcentaje de consultantes mejoró? ¿En qué formas?
- d) ¿Qué porcentaje empeoró?
- e) ¿Qué porcentaje mejoró o empeoró sin esta terapia?
- f) ¿Más o menos cuánto tiempo durará?
- g) ¿Qué debo hacer si siento que la terapia no está funcionando?
- h) ¿Tendré que responder alguna prueba? ¿De qué clase?

¹Adaptado de: Trull, Timothy J. y Phares, E. Jerry. Psicología Clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. México: Thomson, 2003.

2. ALTERNATIVAS

- a) ¿Qué otros tipos de terapia o ayuda hay? (como grupos de apoyo)
- b) ¿Con cuánta frecuencia funcionan?
- c) ¿Cuáles son los riesgos de estos otros enfoques?

3. CITAS

- a) ¿Cómo se programan las citas?
- b) ¿Cuánto duran las sesiones? ¿Tengo que pagar más por las que duran más?
- c) ¿Cómo puedo encontrarlo en una emergencia?
- d) ¿Qué sucede si el clima está mal o si estoy enfermo?

4. CONFIDENCIALIDAD

- a) ¿Qué clase de registros lleva? ¿Quién tiene acceso a ellos?
- b) ¿En qué condiciones se le permite decir a otros lo que comentamos? (amenazas de suicidio o de homicidio, abuso infantil, casos legales)
- c) ¿Otros miembros de mi familia, o del grupo, tienen acceso a la información?

5. DINERO

- a) ¿Cuáles son sus honorarios?
- b) ¿Cómo tengo que pagar? ¿Por sesión, mensualmente, etc.?
- c) ¿Tengo que pagar por sesiones perdidas?
- d) ¿Debo pagar por llamadas telefónicas o correos electrónicos?
- e) ¿Cuáles son sus políticas con respecto al aumento de honorarios? (Por ejemplo, ¿cuántas veces los ha aumentado en los dos años anteriores?)
- f) Si pierdo mi fuente de ingresos ¿puede disminuir mi pago?

6. GENERAL

- a) ¿Cuál es su capacitación y experiencia? ¿Tiene tarjeta profesional? ¿Está adscrito al Colegio Colombiano de Psicólogos?
- b) ¿Con quién hablo si tengo una queja sobre la terapia que no podamos solucionar?

Nuestra conversación aborda la mayor parte de estas preguntas. Estaré encantado de explicárselas y de responder otras que surjan. Esto ayudará a que su decisión sea más acertada. Puede conservar esta información. Por favor, léala con cuidado en su hogar. También la revisaremos ocasionalmente.

Anexo F

Consentimiento informado



ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Consentimiento Informado

Fecha:

Consultante participante

Yo _____, con Documento de Identidad No. _____ de _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad sobre el ejercicio académico, del cual, Ps. Leonardo Castellanos Suárez me ha invitado a participar. Actúo libre y voluntariamente como colaborador/a, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Conozco la autonomía que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación. Se me ha expresado que se registrará por escrito la información pertinente, respetando en todo momento mi confidencialidad.

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y clarificar la información que me pudiese resultar confusa acerca de la actividad, y sé que será respetada la buena fe, confiabilidad e intimidad de los datos por mí suministrados, al igual que mi seguridad como persona.

Representante del consultante

Yo _____, con cédula de ciudadanía No. _____ de _____, en mi calidad de representante de _____, con Documento de Identidad No. _____ de _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad sobre el ejercicio académico que Ps. Leonardo Castellanos Suárez realizará, para el cual, autorizo la participación de mi representado. Conozco la autonomía que poseo para detener u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin

necesidad de justificación. Se me ha expresado que se registrará por escrito la información pertinente, respetando en todo momento la confidencialidad de mi representado.

Se me ha dado la oportunidad de preguntar y clarificar la información que me pudiese resultar confusa acerca de la actividad, y sé que será respetada la buena fe, confiabilidad e intimidad de los datos suministrados por mi representado, al igual que su seguridad como persona.

Consultante participante

C.C.

Representante

C.C.

Psicólogo supervisor

C.C.

Psicólogo

C.C.

Anexo G

Autorización de los padres de familia

Fecha:

Ciudad:

Nosotros _____, con C.C. No. _____ de _____, y _____, con C.C. No. _____ de _____, autorizamos a **Leonardo Castellanos Suárez**, psicólogo, identificado con cédula de ciudadanía No. **1098611269** de Bucaramanga, para que consulte en el colegio _____ la información pertinente respecto al proceso académico y de convivencia de nuestro hijo _____, con D.I. No. _____ de _____. Lo anterior, con el objetivo de ampliar la información disponible y favorecer su proceso de atención psicoterapéutica.

Se nos ha informado que los datos obtenidos serán procesados respetando la buena fe, confiabilidad e intimidad de los involucrados, al igual que nuestra seguridad como personas, y serán tratados en estricta confidencialidad.

Padre

C.C.

Madre

C.C.

Psicólogo

C.C.:

Anexo H

Formato para objetivos terapéuticos

Fecha:

Nombres y apellidos

Parentesco:

¿Qué quisiera lograr con el actual tratamiento psicológico?

¿Qué estoy dispuesto a hacer para lograrlo?

Firma: _____

D.I.: