

“Terapia cognitivo conductual aplicada a un estudio de caso con discapacidad intelectual”

Sonia Rocío Espíndola Rodríguez



Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga, 2016.

“Terapia cognitivo conductual aplicada a un estudio de caso con discapacidad intelectual”

Sonia Rocío Espíndola Rodríguez



Asesor

Mg., Ps. Magda Acevedo R.

Universidad Pontificia Bolivariana

Escuela de Ciencias Sociales

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga, 2016.

### **Agradecimientos.**

*“A Dios por darme sabiduría y adecuada toma de decisiones. A Elogios que me brindó la oportunidad de poner en práctica mis conocimientos en este camino de formación. A mi familia por el apoyo incondicional y finalmente a Emily mi paciente por enseñarme sobre la importancia e impacto de la psicología clínica en las necesidades especiales”.*

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	9
MARCO TEORICO.....	10
OBJETIVOS.....	26
METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN.....	27
Participantes.....	27
Instrumentos.....	29
Procedimiento.....	31
RESULTADOS.....	36
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	60
Anexo 1. Consentimiento Informado.....	61
Anexo 2. Historia Clínica.....	62
Anexo 3. Formato de Visita Domiciliaria.....	66

Anexo 4. Ficha Técnica Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA..	72
Anexo 5. Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA.....	73
Anexo 6. Ficha Técnica Entrevista de Síndromes Psiquiátricos Chips.....	77
Anexo 7. Cuestionario De Apgar Familiar.....	78
Anexo 8. Lista de Chequeo de conductas según DSM-IV-R.....	79
Anexo 9: Lista de Chequeo de conductas según DSM-V.....	82
Anexo 10. Psicoeducación en habilidades paternas.....	84
Anexo 11. Habilidades Sociales Entrenadas en la Intervención Individual.....	93
Anexo 12. Técnica de Economía de Fichas.....	94
Anexo 13. Técnica Contrato Conductual.....	95
Anexo 14. Técnica de la Tortuga.....	97
Anexo 15: Control del cumplimiento del contrato conductual.....	99
Anexo 16: Estudio de caso. ....	100

#### LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Áreas que conforman habilidades adaptativas.....	12
Tabla 2. Comparación de los niveles de discapacidad intelectual.....	13
Tabla 3. Comorbilidades Trastornos asociados a la discapacidad intelectual.....	17
Tabla 4. Población atendida durante el proceso de la práctica.....	28
Tabla 5. Datos Socio-demográficos de “Emily” .....	28

Tabla 6. Resultados en la Entrevista de Síndromes Psiquiátricos CHIPS.....	39
Tabla 7. Conductas clínicamente relevantes.....	40
Tabla 8. Mantenimiento de las conductas Problema.....	40
Tabla 9. Análisis funcional de la conducta desadaptativa de “Emily”.....	41
Tabla 10. Valoración Multiaxial.....	42
Tabla 11. Plan de tratamiento.....	43
Tabla 12. Núcleo familiar que actualmente convive con la paciente.....	100

#### LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Resultados del cuestionario de autocontrol infantil y Adolescencia CACIA.....	36
Gráfica 2. Resultados del cuestionario de Apgar Familiar.....	38
Gráfica 3. Porcentajes de los componentes del Cuestionario de Apgar Familiar.....	39

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

<b>TITULO:</b>	Terapia cognitivo conductual aplicada a un estudio de caso con discapacidad intelectual
<b>AUTOR(ES):</b>	Sonia Rocío Espíndola Rodríguez
<b>FACULTAD:</b>	Esp. en Psicología Clínica
<b>DIRECTOR(A):</b>	Magda Acevedo Rodríguez

### RESUMEN

El presente documento hace referencia, a los resultados obtenidos durante el proceso de práctica, para optar por el título de especialista en Psicología Clínica, realizado en la Asociación Para Un Mejor Futuro Elogios, allí se atendieron dos pacientes diagnosticados con discapacidad intelectual, con edades comprendidas entre 16 y 22 años. Se obtuvo como resultado principal en la presente investigación el desarrollo de un plan de tratamiento basado en el enfoque cognitivo-conductual en el cual se ejecutaron técnicas de modificación de conducta, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en competencias parentales. Es importante mencionar, que para la elaboración del tratamiento y análisis del caso se aplicaron instrumentos de evaluación cuantitativos y cualitativos como: Entrevista al núcleo familiar, análisis funcional de la conducta, cuestionario de síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes CHIPS, cuestionario Apgar familiar de Smilkestein, cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA este último refleja la importancia de fortalecer en la paciente estrategias de afrontamiento y recursos personales como autoestima y autoconcepto.

### PALABRAS CLAVES:

Terapia cognitivo conductual, competencias parentales, psicoeducación, habilidades sociales, discapacidad intelectual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Cognitive behavioral therapy applied to a case study with cognitive deficits

**AUTHOR(S):** Sonia Rocío Espíndola Rodríguez

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR:** Magda Acevedo Rodríguez

**ABSTRACT**

This document refers to the results obtained during practice, to opt for a specialist degree in Clinical Psychology, held at the Association For A Better Future Compliments, there two patients diagnosed with intellectual disabilities were treated, aged between 16 and 22 years. The development of a treatment plan based on cognitive-behavioral approach in which behavior modification techniques were implemented, social skills training and training in parenting skills as the main result was obtained in this investigation. It is important to mention that for the development of treatment and case analysis instruments of quantitative and qualitative evaluation as were applied: Interview the household, functional behavior analysis, questionnaire psychiatric syndromes in children and adolescents CHIPS, questionnaire Apgar family of Smilkestein, questionnaire child and adolescent self CACIA latter reflects the importance of strengthening the patient's coping strategies and personal resources as self-esteem and self-concept.

**KEYWORDS:**

Cognitive behavioral therapy, parenting skills, psychoeducation, social skills, intellectual disability.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (2016) más de mil millones de personas en todo el mundo sufren algún tipo discapacidad, de las cuales casi 200 millones experimentan dificultades significativas en su funcionamiento a futuro. Por tanto, se ha considerado la discapacidad como una condición que amerita atención integral en cuanto a salud pública a nivel mundial.

El trastorno de desarrollo intelectual, conocido anteriormente en la literatura como “retardo mental”, considerado como una discapacidad, caracterizada por limitaciones significativas en cuanto al funcionamiento cognitivo, como en la capacidad adaptativa, esta discapacidad se manifiesta en el individuo antes de los 18 años. (Luckasson y Cols, 2002, P.8).

Teniendo en cuenta lo anterior, el documento que se presenta a continuación contiene fundamentos teóricos, explicativos y metodológicos obtenidos desde el desarrollo de la práctica en la especialización como proceso educativo y formativo de psicólogos clínicos. Es de vital importancia, tener en cuenta que esta aproximación teórica y evaluativa se llevó a cabo en la Asociación hacia un mejor futuro Elogios, cuyo foco atencional son niños (as) y jóvenes con discapacidad cognitiva, donde en su intervención prima orientar, desarrollar y fortalecer capacidades en esta población, generando una visión favorable de sí mismo y en su relación con la sociedad. Esta institución tiene como misión investigar, diseñar y ejecutar líneas de intervención y atención integral teniendo como base la prevención a todo nivel.

## MARCO TEORICO

La psicología clínica es una especialización de la psicología. Entiéndase por psicología como la ciencia que se define por el estudio del comportamiento humano en todas sus manifestaciones y contextos. Con base en esto, la psicología clínica aplica conocimientos y técnicas para el estudio del comportamiento anómalo es decir, aquel que supone algún trastorno para la propia persona y para otros. Así mismo el interés principal de la psicología clínica es identificar los trastornos psicológicos entendiendo su condición psicopatológica lo que lleva posteriormente a establecer planes de tratamiento para intervenir y generar conductas de prevención y factores de protección. (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, 2003)

Con base en lo anterior es importante mencionar que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) la prevalencia de los trastornos psicológicos presentes en la infancia oscilan entre el 10% y 20% de la población infantil. Investigaciones señalan que un 8,5% de la población que requiere atención en salud mental presenta trastornos en el inicio de la infancia y adolescencia. (Valero y Ruíz, 2003).

Así mismo, los diagnósticos más frecuentes en estas etapas del ciclo vital son trastornos del comportamiento y emociones con una incidencia del 66,1% es decir, que la mayoría de los niños y adolescentes con trastornos presentan problemas de conducta. (Valencia y Andrade, 2005).

De igual forma (Aláez et al, 2000) identificó en su investigación que son los trastornos de conducta diagnosticados con más frecuencia (23%) seguidos por los depresivos con un (14,6), los de ansiedad (13,3%), los del desarrollo (12,7%) dentro de esta clasificación se incluye la discapacidad intelectual y finalmente los de eliminación (9,7%). Igualmente según (Navarro et al, 2012) mencionan en su investigación que los trastornos

más frecuentes en la infancia y adolescencia son: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de ansiedad, control de impulsos y otros trastornos.

Con base en lo anterior, es importante aclarar que según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), define el concepto de trastorno mental como un síndrome caracterizado por alteración clínicamente significativa en la cognición de un individuo, así como en su regulación emocional y comportamiento que reflejan disfunción en procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que implica funcionalidad mental. De igual forma, los trastornos mentales son relacionados con manifestaciones de angustia o discapacidad en actividades sociales, ocupacionales y otras áreas fundamentales en la vida de un individuo. (Asociación americana de Psiquiatría, 2013).

Además el término discapacidad mencionado anteriormente según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2016) lo define como: “Aquella limitación que abarca deficiencia y restricciones en la participación y ejecución de acciones o tareas diarias de situaciones vitales, siendo un fenómeno complejo que abarca la interacción entre las características del organismo humano y la sociedad en la que vive”. En otras palabras discapacidad es el término que define aquella limitación que presentan algunas personas en el momento de ejecutar actividades del diario vivir, esta limitación es provocada por deficiencia física o cognitiva.

Teniendo en cuenta lo anterior es relevante mencionar que existen muchos tipos de discapacidad sin embargo, particularmente se abordará a partir del presente párrafo lo referente a discapacidad intelectual temática principal de la presente investigación.

Entiéndase por discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual (TDI) a aquel trastorno manifestado en el inicio del desarrollo, caracterizado por déficit en el funcionamiento intelectual y capacidad adaptativa en tres áreas: Conceptual (lenguaje,

lectura, escritura, aritmética, razonamiento y memoria) social (Juicio social, habilidades comunicativas y habilidades sociales) Práctica (cuidado personal, responsabilidades laborales, manejo del dinero) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Este concepto reemplazó al término retardo mental, propuesto anteriormente por el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales cuarta edición revisada (DSM-IV-R) en vista de la afectación que tiene este trastorno en cuanto a conducta adaptativa.

Es considerada conducta adaptativa al “conjunto de competencias que reflejan la habilidad de un individuo para estar incluido en un lugar en cuanto a socialización y destreza de cambiar la propia conducta en pro de adaptarse a los cambios que demande el medio” (Luckasson et al, 1992, P. 25) retomado por (Alarcón y Sepúlveda, 2013).

Por otra parte, la Asociación americana de discapacidad intelectual (AAIDD) define este trastorno en el 2007, como una limitación significativa en el funcionamiento intelectual y capacidad adaptativa dentro de las cuales abarca deficiencia en las habilidades sociales y prácticas esta afectación se inicia antes de los 18 años y afectan otros aspectos del desarrollo. (Asociación Americana de Discapacidad Intelectual, 2007).

Tabla 1: Áreas que conforman las habilidades adaptativas. (Asociación americana de retardo mental AAMR, 1992).

<b>AREAS QUE CONFORMAN LAS HABILIDADES ADAPTATIVAS</b>	
Comunicación	Autodirección
Cuidado personal	Salud y seguridad
Habilidades de la vida en el hogar	Habilidades académicas
Habilidades sociales	Uso adecuado del tiempo de ocio
Utilización de la comunidad	Trabajo

Fuente: (Luckasson et al, 1992) retomado por (Alarcón y Sepúlveda, 2013).

Es importante tener en cuenta con base en la anterior tabla, que la evaluación de las habilidades adaptativas se deber realizar teniendo en cuenta el contexto del individuo, se establece una asociación directa entre el mejoramiento de la función adaptativa con el cambio en la vida diaria y aumento de calidad de vida. ((Luckasson et al, 2002).

Por otro lado, Oakland y Harrison (2008) mencionan que las limitaciones en cuanto a la conducta adaptativa, deben ser evaluadas teniendo como línea de base las oportunidades que ofrece la comunidad, también teniendo en cuenta las normas según la edad del individuo y su cultura. Con base en ello, el concepto actual de habilidades adaptativas mencionadas en la (tabla 1) se agrupan en tres grupos los cuales son: Habilidades conceptuales, habilidades sociales y prácticas, esta clasificación es la que se encuentra en el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) como base de diagnóstico. ((Luckasson et al, 2002, p. 98).

Del mismo modo los niveles de inteligencia y de la conducta adaptativa varían ya que este trastorno se suele clasificar en discapacidad leve, moderado y severa y/o profunda, cada clasificación presenta ciertas capacidades frente a las competencias intelectuales y adaptativas antes mencionadas.

Tabla 2: Comparación de los Niveles de Discapacidad Intelectual (DSM-V, 2013).

Característica	Leve	Moderado	Severo/Profundo
<b>CI</b>	50-70	25-30	Menos de 35
<b>Rango de edad mental</b>	7-11	2-7	6 meses a 2 años
<b>Nivel Cognoscitivo</b>	Operaciones	Pre-operacional	Sensorio -motor
<b>Áreas primarias que requieren apoyo.</b>	Concretas Trabajo funcional Comunicación.	escolar Habilidades para el autocuidado Comunicación.	Vida familiar Habilidades para el autocuidado Comunicación.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (Asociación americana de Psiquiatría, 2013).

Es importante tener en cuenta que esta discapacidad intelectual, también presenta déficit en procesos como: atención y memoria además ocasiona problemas en cuanto al autocuidado y autoestima, dificultad para generalizar habilidades sociales recién aprendidas y limitación en cuanto a control emocional. (Luckasson et al, 1992). Retomado por (Luckasson y Cols, 2002).

En cuanto a la etiología la discapacidad intelectual a nivel mundial muestra una prevalencia aproximadamente del 1-4 %, por otra parte a nivel latinoamericano la incidencia es cuatro veces mayor teniendo en cuenta factores de vulnerabilidad como: desnutrición, complicaciones obstétricas y perinatales, infecciones en el sistema nervioso central, pobreza y otros factores genéticos y psicosociales. (Caballo, 2001).

A continuación (Torrado, 2009) clasifica etiológicamente las causas de la discapacidad intelectual.

**Prenatal:**

1. Mal nutrición proteica y vitamina durante la gestación.
2. Prematurez debido a sus complicaciones.
3. Exposición a teratógenos (alcohol, misoprostol, anticonvulsivantes).
4. Enfermedades maternas (diabetes, lupus).
5. Infecciones durante el embarazo (toxoplasmosis, citomegalovirus, rubéola)
6. Agentes físicos como: Fiebre alta y sostenida, radiación excesiva.

**Perinatal:**

1. Complicaciones obstétricas o neonatales como hipoxia, hipoglucemia sostenida, traumatismos, hipotermia, infecciones, alteraciones metabólicas, hemorragias.

**Posnatal:**

1. Desnutrición grave.
2. Causas socioculturales.
3. Deprivación emocional.
4. Infecciones o enfermedades vasculares e intoxicaciones que afecten el sistema nervioso central (SNC).

#### Factores Genéticos.

1. Anomalías cromosómicas.
2. Anomalías del ADN mitocondrial.
3. Anomalías numéricas con trisomías.

Así mismo la organización mundial de la salud (OMS, 2013) y el Ministerio Colombiano de salud (2013) reporta que el 6,4% de la población colombiana presenta algún tipo de discapacidad intelectual. (Cabarcas et al, 2013).

Teniendo en cuenta lo anterior, la AAMR (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual, 2007) plasma 10 habilidades adaptativas que se deben desarrollar y fortalecer a nivel de tratamiento e intervención además de procesos individuales con el paciente. Estas áreas son:

1. Comunicación: Hace referencia a las habilidades comunicativas en cuanto a comprender y expresar información por medio de comportamientos simbólicos o no simbólicos como (Palabras habladas, palabras escritas. Ortografía, símbolos gráficos, señas, impresión facial, y finalmente gestos).
2. Cuidado Personal: Habilidades relacionadas con hábitos de autocuidado e higiene personal.
3. Habilidades en la vida personal: Conductas adaptativas relacionadas con funciones, responsabilidades y actividades en el hogar y diario vivir.

4. **Habilidades Sociales:** Hace referencia en cuanto a la interacción y convivencia con otros como: solucionar problemas, reaccionar asertivamente ante ciertas situaciones estresantes, iniciar y mantener una conversación e identificar y reconocer sentimientos propios y ajenos.
5. **Utilización de la Comunidad:** Utilización adecuada de los recursos del medio (compras en tiendas, almacenes y supermercados).
6. **Autogobierno:** Toma de decisiones en cuanto al cumplimiento de horarios, normas y solución de problemas.
7. **Salud y Seguridad:** Habilidades relacionadas con el cuidado y mantenimiento de la propia salud.
8. **Habilidades Funcionales:** Habilidades cognitivas y de aprendizaje escolar.
9. **Ocio:** Desarrollo de intereses recreativos en cuanto a la elección personal de ellos en esta área se tiene en cuenta la adaptación a las normas relacionadas con la edad y la cultura.
10. **Trabajo:** Habilidades relacionadas con el desarrollo de actividades laborales.

No obstante, en cuanto a comorbilidad de la discapacidad intelectual, con otros trastornos mentales y neurológicos según el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) los más recurrentes son trastornos por déficit de atención e hiperactividad, desórdenes de ansiedad, trastorno del espectro autista, trastorno del movimiento estereotípico, trastornos de conducta en este caso desafiante negativista y de control de impulsos y finalmente trastornos emocionales específicamente depresión mayor.

Tabla 3: Comorbilidades- Trastornos asociados a la Discapacidad intelectual (DI).

---

**TRASTORNOS ASOCIADOS A DI.**


---

Trastornos disruptivos (trastorno desafiante negativista y trastorno de control de impulsos).

Trastorno de la atención (trastorno con déficit de atención e hiperactividad).

Trastorno de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo).

Trastornos del humor o estado de ánimo (Trastorno depresivo y trastorno bipolar).

Trastornos del aprendizaje.

Trastornos por Tics (Síndrome de Tourette).

Trastorno del espectro Autista.

Trastornos del sueño.

Abuso de sustancias.

Trastorno del desarrollo de la coordinación.

Disfunción familiar.

---

Fuente: (Vásquez et al, 2010).

Con base en lo anterior, es importante profundizar sobre dos trastornos asociados a la discapacidad intelectual los cuales son: Trastorno desafiante negativista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) ya que son los que presentan mayor incidencia en personas con discapacidad intelectual. (Pliszka, 2009).

**Trastorno Desafiante Negativista asociado a la Discapacidad Intelectual (DI).**

Dentro de las alteraciones psicológicas que pueden llegar a aparecer en la infancia o adolescencia, se encuentran aquellos comportamientos desadaptativos como (agredir, destruir objetos, rabietas, desafíos ante figuras de autoridad, negativismo y conductas que van en contra de las normas sociales y aceptadas en cada cultura). Ante esto (Gardner y Cole, 1988) mencionan, que cuando estas conductas anteriormente mencionadas llegan a ser persistentes se es necesario un tratamiento que llegue a ser oportuno. (Rizo, 2014).

El trastorno desafiante negativista es caracterizado por un patrón constante durante al menos seis meses de enfados explosivos, hostilidad, resentimiento y desafíos a la autoridad

adulta y constituye como el trastorno comórbido más frecuente en el trastorno de discapacidad intelectual (DI) y trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) así mismo es uno de los trastornos más frecuentes entre los trastornos de conducta (TC) manifestados en la infancia y la adolescencia como se mencionó al inicio del presente apartado. (Green, 2002) (Ver párrafo 1- pág. 10).

Por otro lado, la conducta de oposición puede tomar diferentes formas desde pasividad extrema o sus formas más activas es decir, verbalizaciones agresivas, insultos, hostilidad, resistencia y agresividad hacia figuras de autoridad (padres, cuidadores y maestros) (Rizo, 2014).

Según un estudio realizado por Velero y Ruiz (2003) y retomado por Rizo (2014) un 66.1% de los casos infantiles que acudieron al servicio público de salud mental en España presentan un diagnóstico correspondiente a un trastorno de conducta.

En cuanto a etiología del trastorno no se identifica una única causa sin embargo, el trastorno negativista desafiante (TND) tiene una prevalencia poblacional entre el 2 y el 16% y estos datos dependen de diagnósticos empleados, métodos de evaluación y fuentes de información de tipo muestra. (Burke et al, 2002) retomado de (Rizo, 2014).

Kazdin (1987, 1993) retomado de Caballo y Simón (2002). Establece factores de riesgo asociados al contexto familiar que pueden generar este tipo de trastornos de conducta:

1. Conducta criminal o consumo de alcohol por parte del padre.
2. Actitudes o prácticas disciplinarias que son extremadamente severas o muy relajadas.
3. Relaciones disfuncionales dentro de la propia familia, donde existe poco afecto y apoyo emocional.

4. Escasa comunicación a nivel familiar sobre todo paternal con el hijo y ausencia de actividades en familia o en grupo.
5. Vulnerabilidad socioeconómica (Familias numerosas, hacinamientos, inadecuadas condiciones a nivel de vivienda, inadecuadas escuelas).

**Trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) asociado a la Discapacidad Intelectual (DI).**

Un niño o adolescente con discapacidad intelectual también puede tener TDAH. La prevalencia del trastorno con déficit de atención e hiperactividad con discapacidad intelectual es de dos o tres veces mayor que en la población general entre un 8,7 a 40 %. (Fernández y Jaén, 2006). El TDAH también se puede presentar en niños con inteligencia límite con un 50.7% (Artigas, 2007) y en niños con discapacidad intelectual leve con alteración en las funciones ejecutivas con un 55 % (Lindblad, 2011).

La validez del diagnóstico de niños o adolescentes con discapacidad intelectual y TDAH se basa en la presencia de síntomas de hiperactividad, impulsividad, e inatención que sean significativos para la edad mental del niño o adolescente. (Deb, 2008).

El trastorno por déficit atención e hiperactividad (TDAH) es una de las alteraciones psiquiátricas más frecuente en los niños y adolescentes, con una prevalencia a nivel mundial del 5% en la población menor de 18 años. (Polanczyk, 2007). El TDAH afecta más a niños en edad escolar (6,6 %) que en adolescentes (3%) en cuanto a género afecta en (10%) a varones y en (4%) a mujeres. (Polanczyk et al, 2007).

Así mismo, en un 40% a 80% de niños y adolescentes diagnosticados con TDAH muestran comorbilidad o presencia de otros trastornos mentales. Es importante mencionar que el TDAH es uno de los motivos de consulta más frecuente en la psicología y psiquiatría

infantil y es uno de los principales causales del fracaso escolar. (Goldman, 1998, Spencer, 1999) retomado por (Kadesjo, 2001) y (Wilens, 2002).

El trastorno por déficit de atención (TDA) y Déficit de atención e hiperactividad (TDAH) según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013) divide el trastorno en dos componentes. Por una parte falta de atención hiperactividad e impulsividad, cuyos síntomas debieron haber aparecido antes de los 7 años y deben persistir durante mínimo 6 meses. (Vásquez et al, 2010).

Se caracteriza por los siguientes síntomas:

1. Frecuentes fallos en prestar atención a los detalles o cometer errores por falta de atención en el trabajo escolar, en la actividad laboral u otras actividades.
2. Frecuentes dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
3. A menudo parece no escuchar cuando le hablan directamente.
4. No sigue instrucciones con frecuencia y no finaliza el trabajo escolar, las rutinas u obligaciones en el trabajo.
5. Tiene dificultades con frecuencia para organizar las tareas y actividades.
6. A menudo siente disgusto por las actividades que implican esfuerzo mental sostenido.
7. Pierde con frecuencia útiles escolares y herramientas para tareas y actividades.
8. Se distrae fácilmente por estímulos del ambiente.
9. Olvida con frecuencia actividades diarias.

El segundo componente del trastorno es hiperactividad e impulsividad, se define por la presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas.

1. No logra estarse quieto a menudo, moviendo constantemente pies y manos.

2. Levantarse del asiento en clase o en otras situaciones en las que se debe permanecer sentado.
3. Corretear o saltar excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. Tener con frecuencia dificultad para jugar o implicarse en actividades de tiempo libre que no impliquen movimiento.
5. Contestar con frecuencia antes de haber finalizado la pregunta.
6. Con frecuencia tiene dificultades para guardar y esperar el turno en situaciones de juego o actividades en grupo.

Es importante mencionar según lo anterior que existen diversos enfoques de psicoterapia, entre las cuales se encuentra el cognitivo conductual. Entiéndase por terapia cognitivo conductual a la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso del cambio conductual es decir, actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos, y esquemas cognitivos. Estos procesos son tratados desde este enfoque terapéutico como conductas sujetas a leyes de aprendizaje. (Gonzales, 2010).

Este enfoque surge entre la mezcla de lo cognitivo y conductual como resultado de no considerarse dentro del análisis experimental de la conducta los eventos personales del individuo; emociones y pensamientos. Por lo tanto según Kazdin (1978) es relevante tener en cuenta la función que cumple los pensamientos en el control de la conducta, fenómeno que ya había evidenciado en investigaciones de psicólogos conductistas anteriormente. (Serrano et al, 2001).

Los modelos cognitivos conductuales combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, como un intento de explicar la instauración de conductas durante la infancia y adolescencia. (Gonzales, 2010).

Por otra parte la psicoterapia cognitivo conductual se deriva de los hallazgos experimentales de la psicología del aprendizaje haciendo referencia a los condicionamientos clásicos y operantes en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva. (Gonzales, 2010).

No obstante Olinger y Epstein (1991) retomado por Caballo y Simón (2002) presentan una serie de técnicas basadas en el manejo de contingencias y tratamientos multimodales donde se agregan intervenciones familiares, entrenamiento a padres, y entrenamiento a los niños en cuanto al aprendizaje de habilidades para mejorar su conducta.

Teniendo en cuenta lo anterior a continuación se menciona teóricamente algunas técnicas propias del enfoque cognitivo conductual ya que es uno de los tratamientos con más éxito según las investigaciones clínicas, en esta terapia suele utilizarse manuales de intervención paso a paso y protocolos de entrenamiento y enseñanza. (Caballo, 2002 Luiselli, 2002).

### **Técnicas de Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual.**

#### **Manejo de contingencias.**

Reforzamiento social o Economía de Fichas:

Es un sistema motivacional que se aplica con el fin de modificar conductas específicas en una persona y mejorar significativamente la adaptación a su contexto. (Alvord, 1974) retomado por (Soler et al, 2009).

#### Contrato Conductual:

Es un contrato de contingencias el cual consiste en generar un escrito formal en el que se especifican claramente las conductas a mejorar y cambiar con el individuo que realiza el tratamiento en este caso el niño. En esta técnica se pone en práctica la negociación con respecto a reforzadores positivos y negativos con el paciente. (Welch, 1985) retomado por (Olivares y Mendez, 2001).

#### Procedimiento de castigo:

Son procedimientos encaminados a la supresión o disminución de conductas problemáticas de forma directa, la cual se modifica por medio de la aplicación de contingencias de consecuencias aversivas o retirada de reforzadores cuando se produce una conducta no deseable. (Gardner y Cole, 1984, 1988). Retomado por (Mendez y Olivares, 2001).

#### Combinación de reforzamiento y castigo:

Es una mezcla de reforzamiento de la conducta objetivo deseada y el castigo del comportamiento contrario, esta técnica también se utiliza en la economía de fichas y contrato conductual, se considera como deseable iniciar con el reforzamiento de aquellas conductas proactivas y una vez hecho eso dar paso a castigar aquellas conductas incorrectas. (Matson y Olinger, 1985) retomado por (Mendez y Olivares, 2001).

#### Psicoeducación sobre el problema.

Orientado principalmente a la familia tiene como objetivo generar conciencia y conocimiento del trastorno por medio de psicoeducación, para así generar mayor adhesión al tratamiento desde la intervención y el apoyo familiar. (Novell, 2014)

#### Entrenamiento de padres.

El objetivo del tratamiento es enseñar a padres como interactuar más eficazmente con el niño o adolescente por medio de nuevas habilidades que permiten una mejor comunicación, interacción y fortalecimiento de vínculo afectivo. (Caballo, 2002).

Para Kazdin y Whitley (2006) los programas de entrenamiento parental han demostrado mejorías importantes en la conducta infantil en cuando a conductas disruptivas, además se observa en las investigaciones de estos autores cambios significativos en el funcionamiento familiar y autoestima del niño (a) que perduran a largo tiempo.

A nivel de terapia de familia desde el modelo cognitivo conductual se realiza orientación y psicoeducación donde la unidad de análisis son las interacciones familiares y formas de solucionar problemas y conflictos en esas interacciones. (O'Dell, 1985; Patterson y Cols, 1975; Patterson, 1982, 1986). Retomado por (Kazdin y Whitley, 2006).

#### Enseñanza de Habilidades.

#### Entrenamiento en Autocontrol.

Está orientado al desarrollo de habilidades que permitan poner en práctica estrategias de afrontamiento diferentes a la impulsividad. (Novell, 2014).

#### Autoevaluación de las emociones.

Implica el reconocimiento y autoconocimiento de las propias emociones y la de los demás, este entrenamiento también fortalece la capacidad de introspección y la empatía. (Novell, 2014).

Entrenamiento en solución de problemas.

Este entrenamiento hace énfasis en el aprendizaje para identificar, anticipar, y afrontar situaciones de estrés y frustración de forma asertiva. (Novell, 2014)

Relajación y Respiración.

Refiere a la capacidad adquirida por la persona en cuanto a la regulación emocional y corporal habitual por medio de la respiración y relajación con el objeto de disminuir la tendencia a la excitación y de actuar de forma impulsiva. (Novell, 2014)

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Este tratamiento está orientado al entrenamiento centrado en habilidades sociales para el desarrollo y fortalecimiento de ciertas conductas pro-sociales y en el entrenamiento de habilidades cognitivas y del automanejo (Autocontrol emocional y solución de problemas) (Rizo, 2014).

Finalmente, es importante concluir en este referente teórico, que la discapacidad intelectual es un trastorno mental, que ocasiona un gran impacto en la funcionalidad y capacidad adaptativa, también que un trastorno muy frecuente en la infancia y adolescencia. Sin embargo, en cuanto a intervención es de vital importancia como lo manifiesta AAMR (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual, 2007) desarrollar las habilidades adaptativas para un mejoramiento significativo en la calidad de vida de la persona con discapacidad intelectual y su entorno (familia, escuela, comunidad).

## OBJETIVOS

### Objetivo General.

Diseñar e implementar un plan de intervención en un estudio de caso sobre discapacidad intelectual desde el modelo cognitivo conductual que permita fortalecer habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y competencias parentales en el consultante y su familia.

### Objetivos Específicos.

1. Evaluar psicológicamente a los pacientes atendidos mediante pruebas psicológicas validadas y entrevistas que permitan analizar conductas y generar hipótesis diagnósticas.
2. Intervenir psicológicamente a la población atendida desde el enfoque cognitivo conductual con el fin de generar cambios en la consultante y desarrollar conductas de protección.
3. Analizar los resultados obtenidos durante la fase de evaluación e intervención psicológica con el propósito de desarrollar un plan de intervención acorde al análisis de la conducta y necesidades de los pacientes y su familia.

## METODOLOGÍA

El estudio de caso es considerado como una de las metodologías más utilizadas y útiles en la investigación en psicología clínica (León y Montero, 2002). Esta metodología permite que los psicólogos clínicos, puedan transmitir sus experiencias de forma sistemática también, que otros profesionales de la psicología puedan entenderlas y discutir las, lo que permite un acercamiento valioso en cuanto a teoría y práctica de la Psicología Clínica (Buela Casal y Sierra, 2002).

Así mismo, para Castro y Angel (1998) el estudio de caso es una metodología sistemática que permite formular hipótesis verificables, sobre relaciones funcionales y/o causales en acontecimientos observados, lo que facilita identificar formas de modificación de conducta de fenómenos de interés clínico. La formulación de caso permite el desarrollo de planes de intervención que respondan a variables causales identificadas para el logro de los objetivos terapéuticos. (Virués Ortega y Haynes, 2005) retomado de (Ballesteros, et al, 2007).

### Participantes:

La población atendida fueron dos jóvenes de género masculino y femenino respectivamente, con edades comprendidas entre los 16 y 22 años de edad, con dificultades en el comportamiento. Ambos residentes en la Asociación hacia un mejor futuro Elogios, bajo la modalidad de tratamiento intra-mural. A continuación, se expone una tabla explicativa sobre la población atendida, es importante mencionar que se cambiaron los nombres de los consultantes, con el fin de cuidar la privacidad y confidencialidad de sus datos teniendo en cuenta la ley 1090 del 2006.

Tabla 4:

*Población atendida durante el proceso de la práctica.*

Paciente	Edad	Escolaridad	Genero	Estrato socioeconómico.
Emily	16	Sexto 6°	F	2
Fabricio	22	actualmente se encuentra desescolarizado. Sin Escolaridad	M	2

Muestra:

Para la realización del presente estudio de caso, se escogió el proceso adelantado con una adolescente de 16 años llamada “Emily”, teniendo en cuenta su adherencia, interés y participación en el proceso de evaluación e intervención. Actualmente, recibe tratamiento farmacológico (Fluoxetina 20 Mg y Quetedín 50 Mg) y atención interdisciplinaria a nivel profesional por parte de la institución.

Tabla 5:

*Datos Socio-demográficos de “Emily”.*

Paciente	Edad	Escolaridad	Genero	Estrato socioeconómico.	Religión	Zona de residencia
Emily	16	Desescolarizada	F	2	Cristiana	Bucaramanga

## Instrumentos.

Durante el desarrollo de la práctica de la Especialización en Psicología Clínica se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación.

### Consentimiento Informado

Documento elaborado como parámetro para dar a conocer a los usuarios aspectos asociados al plan de tratamiento y sus objetivos, también criterios a tener en cuenta con respecto a la confidencialidad y reserva profesional de los datos obtenidos de los pacientes y fundamentos éticos dentro del proceso de intervención. (Doctrina del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología Colegio Colombiano de Psicólogos, 2011). (Ver anexo 1).

### Historia Clínica

Documento privado establecido para evaluar clínicamente al paciente teniendo en cuenta datos sociodemográficos, motivo de consulta, conductas clínicamente relevantes, antecedentes médicos y psiquiátricos y en general el estado de salud del paciente. (Resolución 1995, 1999) (Ver anexo 2)

### Formato de realización de visita domiciliaria

Documento que consta de una entrevista semi-estructurada en el contexto familiar cuyo propósito principal es identificar la situación actual del paciente, su anamnesis y sus conductas problemáticas. También permite analizar la dinámica familiar en cuanto a relaciones y vínculo afectivo y principales redes de apoyo del paciente. (Plan territorial de salud pública Resolución 2358, 1998) (Ver anexo 3).

### Protocolo de Observación de Conducta

Documento realizado por elaboración propia teniendo como base conceptos y criterios del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-R Y DSM-V, 2000, 2013) con el fin de observar e identificar aquellas conductas relevantes para atención e intervención clínica. (Ver Anexo 8 y 9).

### Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente CACIA.

Es un cuestionario elaborado por Capafóns y Silva en 1995, que evalúa autocontrol y está compuesto por 89 ítems tipo Likert, su aplicación puede ser individual o colectiva y va dirigido a niños y jóvenes entre los 11 y 19 años. Esta prueba de autocontrol se divide en 5 escalas de autocalificación y se sub-divide en dos grupos, positivas y negativas.

Las positivas son compuestas por: Retroalimentación personal (RP), retraso de la recompensa (RR), Autocontrol Criterial (ACC). Las negativas están compuestas por: Autocontrol Procesual (ACP), Escala de Sinceridad (S). (Ver Anexo 4).

### Cuestionario CHIPS (Cuestionario de síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes)

Cuestionario elaborado por Fristad, Rooney, Weller E, Weller R, (2009) que permite a nivel clínico identificar 20 trastornos de la infancia y adolescencia (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad por separación, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, esquizofrenia y psicosis) basado en criterios del Manual Diagnóstico de los Trastornos mentales (2000) . (Ver anexo 6).

## Cuestionario de Apgar Familiar de Smilkestein

Cuestionario de auto-aplicación diseñado para evaluar la percepción de los miembros de la familia en cuanto al funcionamiento global de la unidad familiar es decir identifica dinámica familiar, adaptación, vida en común, crecimiento, vínculo afectivo y resolución de conflictos, estos componentes evidencian a nivel personal el grado de satisfacción familiar del evaluado. Fue elaborado inicialmente por Smilkestein y validado en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar. (Ver anexo 7).

### Procedimiento.

A continuación, se describen las tres fases del proceso realizado durante la práctica de la Especialización en Psicología Clínica, en cuanto a evaluación e intervención psicológica desde el modelo cognitivo conductual.

#### *FASE I.*

*Observación Conductual y Revisión de Historias Clínicas:* Se inicia el proceso de evaluación clínica por medio de observación conductual, en este caso utilizando como herramienta un protocolo de identificación de sintomatología y conductas teniendo como base el DSM-IV-R y DSM-V (Ver anexo 8 y 9). Así mismo, se hace revisión de las historias clínicas ya evolucionadas en procesos de evaluación y tratamiento previos a nivel médico con el propósito de generar una línea de base para la evaluación Psicológica.

*Apertura de la Historia Clínica:* Se inicia la historia clínica, con los datos sociodemográficos del paciente y se aborda a profundidad el motivo de consulta, así mismo fue necesario realizar una visita domiciliaria (Ver anexo 2), para conocer el ambiente y el contexto familiar de la consultante, en ésta se indagan antecedentes de enfermedades médicas, mentales y trastornos psicológicos en los miembros de la familia, se realiza también la anamnesis a nivel de desarrollo prenatal y posnatal de la evaluada.

## *FASE II.*

*Evaluación Clínica:* El proceso de evaluación clínica se llevó a cabo en seis sesiones, durante las cuales se indagó sobre la problemática del paciente, su sintomatología, impacto en sus áreas de funcionalidad y las intervenciones recibidas en las diferentes instituciones, también se aplicaron los siguientes instrumentos de evaluación : Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA, Cuestionario de Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes CHIPS, Cuestionario de Apgar Familiar de Smilkestein. Los cuales permitieron conocer las conductas problema de la paciente y posteriormente plantear e implementar el diseño de intervención según el caso, basado en el modelo cognitivo conductual.

*Análisis de resultados de Evaluación:* Se analizan cuantitativamente y cualitativamente los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas aplicadas, en la entrevista familiar durante la visita domiciliaria, en el protocolo de observación de sintomatología en el DSMA-IV-R y DSM-V (Ver anexo 8 y 9) y en la elaboración de la historia clínica, que permitió elaborar un plan de intervención acorde a las necesidades de la paciente y su contexto familiar.

## *FASE III*

*Intervención Clínica:* Teniendo como base los resultados obtenidos, en el proceso de evaluación y revisión teórica sobre la sintomatología y dificultades de la paciente, se diseña un plan de tratamiento desde el modelo cognitivo-conductual, específicamente en cuanto al entrenamiento de habilidades sociales, modificación de conducta en el hogar con técnicas conductuales, entrenamiento en habilidades parentales, psicoeducación orientado a la paciente y su familia y finalmente fortalecimiento del vínculo afectivo y redes de apoyo en el sistema familiar.

Técnicas De Intervención utilizadas en el tratamiento.

*Respiración:* Es una técnica de autocontrol emocional que permite el desarrollo de autorregulación realizada por el mismo paciente. Esta técnica en particular se utilizó como estrategia de autocontrol y afrontamiento de situaciones estresantes. (Chóliz, 2012).

*Relajación Muscular progresiva de Jacobson:* Es una técnica de relajación muscular que permite disminuir la tensión fisiológica con el objetivo de reducir la ansiedad, esta técnica es muy utilizada en procesos terapéuticos ya que su entrenamiento es fácil y le permite al paciente desarrollar estrategias de afrontamiento emocional. (Chóliz, 2012).

*Principio de Premark:* Es una técnica del condicionamiento operante, que hace referencia al refuerzo positivo como estrategia de aumento de conductas positivas y proactivas. En esta técnica se tiene en cuenta dos estímulos, la técnica expone que aquel estímulo que tenga mayor ocurrencia como reforzador positivo se vuelve contingente al segundo estímulo para el individuo. Esta intervención ha generado un alto impacto en el campo de la psicología infantil específicamente para el desarrollo de hábitos, rutinas y conductas proactivas en el contexto familiar. (Domjam, 2003).

*Economía de Fichas:* Es una técnica de modificación de conducta que tiene como base principios del condicionamiento operante, se utiliza con el propósito de desarrollar conductas proactivas y socialmente deseables a cambio de un estímulo, que en este caso se utilizaron fichas de estrellas, esta técnica es considerada como una estrategia motivacional que cambia la conducta del niño, usualmente es utilizada en el contexto escolar sin embargo, en este proceso en particular se llevó a cabo en el contexto familiar para disminuir conductas disruptivas y aumentar las proactivas. (Olivares et al, 2005). (Ver anexo 12).

*Contrato conductual:* Es una técnica para modificación de conducta que tiene como objetivo la firma de un acuerdo escrito entre dos personas, los acuerdos del contrato se negocian entre las dos partes. Es importante tener en cuenta que poder realizar un contrato

de contingencias correcto se deben especificar aquellos refuerzos positivos que se tendrán por el cumplimiento de los acuerdos y aquellos negativos por el incumplimiento. (Olivares & Mendez, 2001). (Ver Anexo 13).

*Role Play:* Es una Técnica de juego dramático, la cual tiene como objetivo principal desarrollar empatía, es muy usada en grupo en contextos educativos para solucionar conflictos sin embargo, a nivel terapéutico se utiliza para entrenar habilidades sociales. (Martínez, 2007).

*Entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS):* Hace referencia a todas aquellas técnicas de intervención como (Role playing, feedback, videos, moldeamiento, análisis de casos etc) que tiene como propósito desarrollar y fortalecer aquellos comportamientos asertivos del repertorio de una persona para mejorar su competencia social y así su relación consigo mismo y su entorno. (Del Prette, 2008). Las intervenciones en habilidades sociales según Ballester y Gil Llario (2002) son definidas como un “Conjunto de estrategias y técnicas utilizadas durante la terapia de la conducta cuya finalidad es fortalecer la actuación social de un individuo mejorando así sus relaciones interpersonales”. Retomado por (Lacunza, 2011). (Ver anexo 10).

*Técnica de Asertividad Oposición:* Es una técnica que tiene como propósito generar en el paciente la habilidad social de decir “No” de forma asertiva y autónoma. (Da Dalt & Difabio, 2002).

*Técnicas de Terapia basadas en Información:* Son todas aquellas intervenciones que son realizadas por medio de información que genera para la paciente comprensión de la problemática y prevención en un primer nivel, estas técnicas son muy utilizadas para realizar psicoeducación. A continuación Cobos & Gavino (2006), plantean tres técnicas para cambio de conducta basadas en información.

1. **Biblioterapia:** Consiste en dar bibliografía sobre el tema problemático de esta manera el paciente entiende mejor su situación y se convierte en una iniciativa de solución, la bibliografía debe ser fácil de leer y se debe realizar un debate de la misma en la sesión terapéutica.
2. **Información:** Fundamentada en brindar información pertinente y de fácil comprensión sobre la temática a abordar a nivel terapéutico ya sea sobre una patología o enfermedad etc.
3. **Orientación:** Esta técnica consiste en proporcionar instrucciones precisas en este caso a los consultantes de cómo actuar ante ciertas situaciones y contextos.

*Moldeamiento:* Consiste en reforzar frecuentemente aquellas conductas semejantes a aquella conducta que se desea desarrollar e instaurar en el repertorio comportamental. (Mendez & Olivares, 2001).

*Feedback:* Es una herramienta que permite en la terapia generar un proceso de retroalimentación constante a nivel comunicativo entre el receptor y el emisor de esta manera el terapeuta, evalúa e identifica a nivel del discurso si su paciente cognitivamente ha comprendido la temática abordada en la sesión. (Coccarelli, 2014).

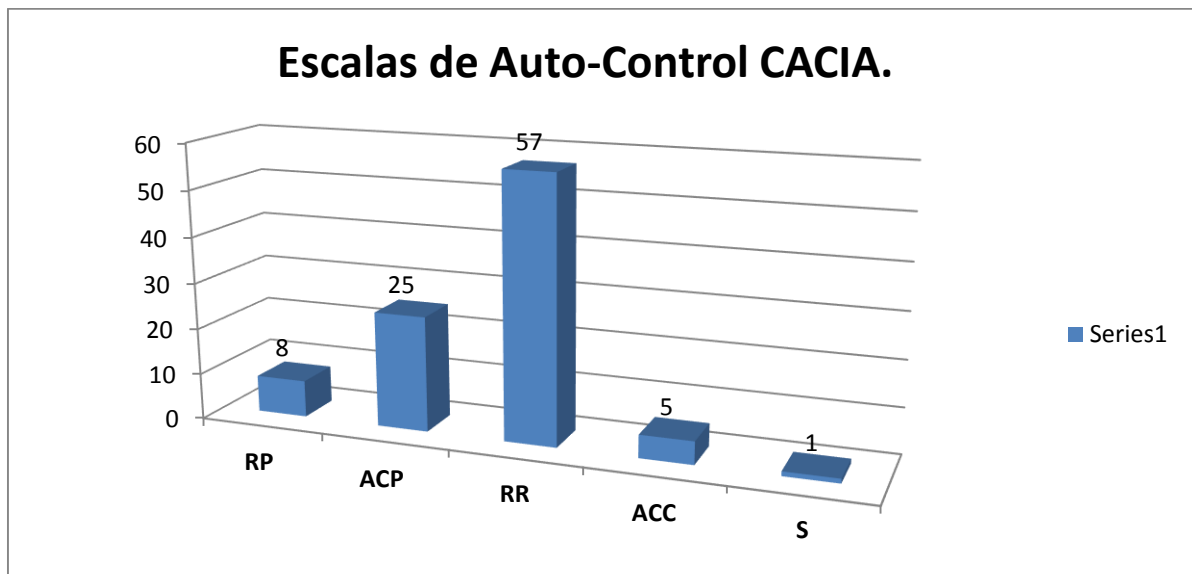
*Psicoeducación:* Es un espacio terapéutico que tiene como funcionalidad en particular dar a conocer y explicar al paciente con mayor entendimiento su problemática, en este caso particular se realizó psicoeducación sobre pautas de crianza y competencias parentales con los cuidadores. (Lopez & Gonzales, 2003). (Ver Anexo 11).

## RESULTADOS.

## ESTUDIO DE CASO

A continuación se describirán los resultados obtenidos de los instrumentos de evaluación psicológica aplicados a la paciente “Emily”.

Gráfica 1: *Resultados Del cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente CACIA.*



Se identifica en el gráfico anterior, que existen dos escalas que tienen una puntuación más alta las cuales son: Autocontrol Procesual (ACP) y Retraso de la recompensa (RR) por otra parte también existen dos escalas que por el contrario tuvieron una puntuación muy baja en cuanto centiles las cuales son: autocontrol criterial (ACC) y la escala de Sinceridad (S).

## ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS ESCALAS CACIA:

*Escalas positivas.*

## Retroalimentación Personal (RP):

Esta escala evaluó la capacidad de autoconocimiento que tiene en este caso la joven en cuanto a toma de decisiones, una puntuación alta implica una capacidad adecuada de

autoconocimiento y de consideración de consecuencias, en este caso particular la evaluada tiene en esta escala una puntuación de (8), lo que significa que Emily tiene poco autoconocimiento y capacidad de introspección, lo que la lleva a tomar decisiones sin tener en cuenta consecuencias a corto y mediano plazo. Lo que se menciona anteriormente es de suma importancia en la intervención terapéutica, ya que es fundamental fortalecer recursos personales significativos, asociados a la capacidad de introspección, autoconocimiento, consideración de consecuencias y toma adecuada de decisiones.

**Retraso de la recompensa (RR):**

Esta escala midió en la evaluada la capacidad de definir prioridades en cuanto a responsabilidades y tareas diarias, una puntuación alta refleja capacidad organizativa a nivel de trabajo y desarrollo de actividades. En este caso la evaluada tiene un puntaje de (57) lo que representa, un esfuerzo significativo a la capacidad organizativa en el desarrollo de actividades y responsabilidades.

**Auto-Control Criterial (ACC):**

Esta escala refleja la capacidad de afrontamiento ante situaciones que son desagradables y estresantes, en este caso la evaluada puntúa (5), lo que representa que Emily no tiene recursos de afrontamiento ante situaciones de un alto contenido de estrés o frustración.

*Escalas negativas:*

**Auto-control Procesual (ACP):**

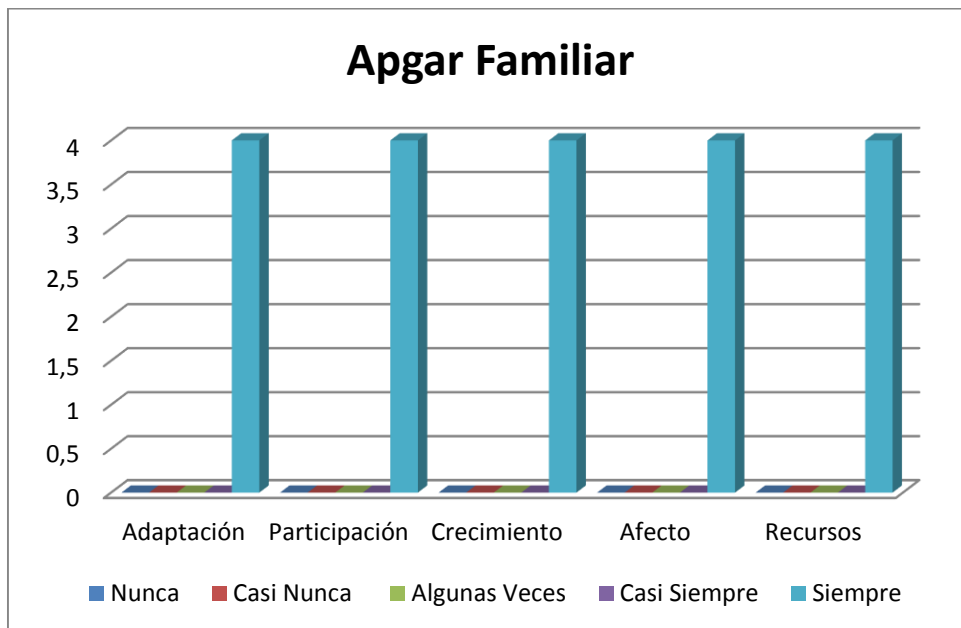
Esta escala representa la capacidad de una persona para autoevaluarse, frente a conductas adecuadas o inadecuadas y también de auto-gratificarse y auto-castigarse, en este caso Emily Obtiene un puntaje de (25), lo que indica que a pesar de su déficit intelectual,

intenta evaluar su propio comportamiento e intenta actuar con base en las normas, teniendo en cuenta sus recursos cognitivos y emocionales.

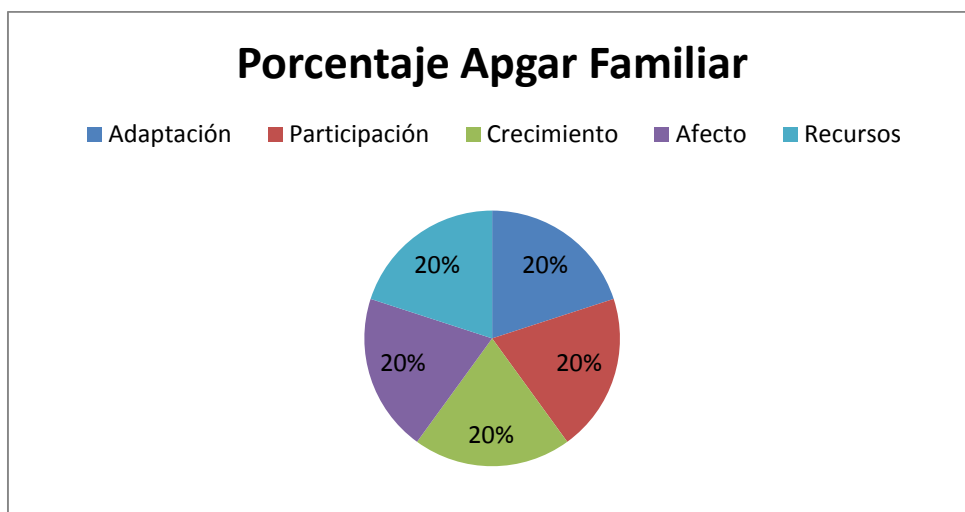
Escala de Sinceridad (S):

Esta escala refleja la sinceridad del sujeto asociada a aquellos comportamientos que son deseados socialmente, es decir, deseabilidad social, en este caso la evaluada tuvo una puntuación de (1), lo cual es muy baja, lo que indica que ha resuelto el cuestionario en función de lo que considera correcto socialmente, más no de su comportamiento real, se infiere una contradicción de su comportamiento diario y la percepción del mismo como resultado de su discapacidad intelectual.

Gráfica 2: Resultados del Cuestionario de relaciones familiares “Apgar Familiar de Smilkestein”.



Gráfica 3: *Resultados del Cuestionario de relaciones familiares Apgar Familiar de Smilkestein.*



Se logra observar en los gráficos 2 y 3 la existencia de un porcentaje equitativo en cada dimensión del cuestionario (Adaptación, Participación, Crecimiento, Afecto, Recursos) teniendo como respuesta en cada una “siempre”, equivalente a un puntaje de 4, lo que refleja funcionalidad en cuanto a redes de apoyo y adaptación práctica ante cambios significativos en el sistema familiar. También se refleja una gran participación de la familia en cuanto a cooperación en actividades de ocio y en el momento de tomar decisiones. Finalmente, se evidencia un vínculo afectivo cercano entre los miembros del sistema familiar. Es importante aclarar, que este Test fue aplicado a la cuidadora principal y acudiente legal de la paciente, con el objetivo de conocer su percepción en cuanto a redes de apoyo y conexión emocional en el sistema familiar.

Tabla 6: *Resultados de la entrevista de Síndromes Psiquiátricos CHIPS.*

EJE I	Trastorno Desafiante Oposicionista (F91.3)
	Déficit de Atención con hiperactividad con predominio de desatención

---

(F98.8)

EJE II Discapacidad intelectual (F70.9)

EJE III Sin Diagnóstico.

---

Según la entrevista de Síndromes Psiquiátricos Chips, trastornos que fueron diagnosticados por el cumplimiento de los criterios además de la duración y la afectación en áreas como comunicación, relaciones interpersonales y habilidades de autocuidado fueron: Déficit de atención con hiperactividad y Trastorno negativista desafiante.

Tabla 7: *Conductas Clínicamente Relevantes* de “Emily”

---

Conductas Clínicamente Relevantes.

C1: Dificultad para Focalizar totalmente la atención en el momento de realizar una actividad que demande mucho tiempo.

C2: Conductas agresivas, desafiantes que afectan la convivencia en el hogar.

C3: Presenta reacciones impulsivas.

C4: Conductas ansiosas ante la comida.

C5: Uso de la mentira para obtener beneficios secundarios.

C6: Uso de comportamientos para llamar la atención de mismo género y del género opuesto.

---

Se observa en la tabla 7, la identificación de conductas clínicamente relevantes las cuales se encontraron en las fases de observación comportamental y en la entrevista familiar.

Tabla 8: *Mantenimiento de las conductas problema.*

---

Conductas Clínicamente Relevantes.

M1: Conductas permisivas a nivel de autoridad por parte de la abuela de la joven.

M2: Llegada de personas nuevas tano cuidadores como pacientes a la institución donde recibe tratamiento.

M3: Exposición de límites en el hogar y la institución

M4: Ausencia de otros familiares que representen para ella una red de apoyo fundamental en cuanto a vínculo afectivo.

M5: Ausencia de una figura de autoridad en el hogar.

M6: Ausencia de normas claras en el hogar.

M7: Falta de tolerancia a la frustración ante eventos, situaciones o actividades que no salen como ella espera y de las cuales no tiene control.

---

Se observa en la tabla 8, la identificación de los factores que mantienen las conductas clínicamente relevantes los cuales se obtuvieron durante el proceso de evaluación psicológica y en las entrevistas familiares con la adolescente.

Tabla 9: *Análisis Funcional de la conducta.*

Antecedente.	Conducta.	Consecuente.
Exposición de límites claros en el hogar.  Ausencia de una figura de autoridad clara en el hogar.	Conductas agresivas y desafiantes que afectan la convivencia en el hogar.	Refuerzo negativo: Se le retiran actividades del gusto a la adolescente.  Conflictos familiares con la cuidadora y otros miembros de la familia.  Conductas disruptivas en el hogar con el propósito de llamar la atención.
Déficit de estrategias de afrontamiento ante situaciones nuevas y estresantes.  Falta de tolerancia a la frustración ante situaciones que no resulten según lo esperado por la adolescente.	Reacciones impulsiva ante eventos inesperados.	Conductas ansiosas como comerse las uñas y dañar objetos en el hogar.
Cuando se le brinda instrucción verbal para el cumplimiento de una acción determinada en un momento fijo.	Dificultad para focalizar totalmente la atención en el momento de realizar una actividad que demande mucho tiempo y esfuerzo mental.	Evadir la actividad postergando su desarrollo.
Incapacidad para aceptar normas que representen un “no” como respuesta.	Uso de la mentira para obtener beneficios secundarios.	Sentimiento de control en las situaciones que sean nuevas y estresantes para la adolescente.
Ausencia de rutina en el hogar en la que se incluyan actividades de ocio y aprendizaje de habilidades sociales.  Participación de la adolescente en el desarrollo de actividades que implican el fortalecimiento de hábitos y habilidades adaptativas.	Ansiedad ante la ingesta de comida (atracción).	Reducción de la ansiedad en el hogar ante situaciones estresantes.

Se observa en la tabla 9, la identificación de los antecedentes y consecuentes de las conductas clínicamente relevantes teniendo en cuenta el análisis funcional de la conducta.

Tabla 10: *Valoración Multiaxial*

---

Eje I: Criterios del Trastorno Desafiante Opositor (F91.3).

Criterios Cumplidos:

1. A menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas.
2. A menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.

Déficit de atención con hiperactividad de tipo con predominio del déficit de atención. (F98.8)

Criterios Cumplidos:

Desatención

1. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
2. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
3. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.
4. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
5. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
6. A menudo es descuidado en tareas diarias.

Hiperactividad

1. A menudo habla en exceso.

Impulsividad

1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las respuestas.

Eje II: Discapacidad intelectual (F70.9).

Criterios Cumplidos:

1. Capacidad intelectual significativamente inferior al promedio: con un CI aproximadamente de 70 o inferior.
2. Déficit o alteraciones concurrentes de la actividad adaptativa actual en las siguientes áreas: Vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, autocontrol, cuidado personal.
3. Inicio antes de los 18 años.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Ausencia materna a nivel de vínculo afectivo, abuso sexual, ausentismo escolar, ausencia de redes de apoyo, ausencia de pautas de crianza adecuadas en la primera infancia, ausencia de figuras de autoridad.

Eje V: EEAG= 55 (Actual)

---

Como se puede observar en la tabla anterior, se define el diagnóstico multiaxial de Emily con los criterios cumplidos según el Manual Diagnóstico de los Trastorno de los Mentales (DSM-IV-R y DSM-V, 2000, 2013).

Tabla 11: *Plan de Tratamiento.*

El plan de tratamiento constó de 17 sesiones, 9 sesiones dirigidas al sistema familiar y 8 sesiones dirigidas a la paciente, cada sesión duró una hora y 15 minutos y están basadas en el modelo cognitivo conductual.

*Sesiones Terapéuticas Dirigidas al Sistema Familiar*

Sesiones	Objetivo	Metodología
<b>Sesión 1</b>	Dar inicio al plan de tratamiento.	Se dio inicio al plan de tratamiento en la primera sesión, se explicó los objetivos terapéuticos y el plan de intervención, también se solucionaron dudas y preguntas por parte de la abuela de la paciente. Se realizó una identificación en compañía del terapeuta de aquellas conductas que se quisieron desarrollar y fortalecer por parte del paciente y a las que se les realizó seguimiento una vez iniciada la intervención en el contexto familiar.
<b>Sesión 2</b>	Entrenar habilidades parentales en el sistema familiar.	Se realizó Psicoeducación sobre habilidades parentales donde se abordaron temas como: Modelos de crianza, tipos de crianza, ejercicio de la autoridad y jerarquía en la relación entre padres e hijos.
<b>Sesión 3</b>	Entrenar habilidades parentales en el sistema familiar	Se realizó entrenamiento sobre habilidades parentales donde se abordaron los siguientes temas:

		Fortalecimiento del vínculo afectivo, ejercicio de la autoridad, y canales de comunicación efectivas entre padres, cuidadores y sus hijos esta sesión se llevó a cabo por medio del análisis de ejemplos.
<b>Sesión 4:</b>	Entrenar en técnicas de modificación de conducta a la cuidadora principal de la paciente.	Con la identificación de las conductas a desarrollar en el paciente durante la primera sesión se entrenó a la abuela de Emily en el uso del contrato conductual donde junto con el paciente se dio inicio a la adquisición de nuevas conductas proactivas y positivas en el paciente.
<b>Sesión 5</b>	Entrenar en técnicas de modificación de conducta a la cuidadora principal de la paciente.	Se entrenó en el uso de autoregistro como estrategia de evaluación del tratamiento, de esta manera se pudo evolucionar el cumplimiento de los objetivos en cada intervención y técnica implementada.
<b>Sesión 6</b>	Entrenar en técnicas de modificación de conducta a la cuidadora principal de la paciente.	Se entrenó en la implementación de la economía de fichas como reforzamiento positivo y castigo en el hogar, esta sesión se realizó por medio de material audiovisual y se dejaron tareas para la casa.
<b>Sesión 7</b>	Entrenar en técnicas de modificación de conducta a la cuidadora principal de la paciente.	Se entrenó en el manejo de contingencias en cuanto a castigo y reforzadores positivos esta sesión se realizó con el análisis de ejemplos.
<b>Sesión 8</b>	Realizar seguimiento de las técnicas aplicadas.	Se realizó seguimiento de las técnicas aplicadas para la modificación de conducta en el entorno familiar por medio del auto-registro, en esta sesión se abordaron aquellas conductas positivas que lograron una adecuada implementación de las técnicas en el hogar y cambios

positivos de “Emily” en el mismo. Durante esta sesión se solucionaron dudas.

<b>Sesión 9</b>	Psicoeducar al sistema familiar en cuanto a fortalecimiento de vínculo afectivo.	Se realizó psicoeducación en el tema relacionado con el fortalecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos, así mismo se indagó sobre temas asociados a la importancia del fortalecimiento de las redes de apoyo de la adolescente a nivel familiar.
-----------------	--	---

*Sesiones Terapéuticas Dirigidas a la paciente.*

Sesiones	Objetivo	Metodología
<b>Sesión 1</b>	Dar inicio a la intervención orientada a la consultante “Emily”	Se realizó psicoeducación sobre el tratamiento, se inició con el entrenamiento en habilidades sociales esto se llevó a cabo por medio de la orientación sobre que son las habilidades sociales, cuales existen y por qué son importantes, es relevante mencionar que esto se realizó con un material audiovisual didáctico acompañado de un lenguaje contextual acorde para la paciente.
<b>Sesión 2</b>	Entrenar habilidades sociales (HHSS).	Se realizó entrenamiento en habilidades sociales básicas específicamente en escucha. También se entrenó en estrategias de afrontamiento asertivas como resolución de problemas. Este entrenamiento se realizó con ejemplos de problemas y sus posibles soluciones.
<b>Sesión 3</b>	Entrenar habilidades sociales (HHSS) y solución de	Entrenamiento en habilidades sociales básicas como iniciar y mantener una conversación y

	conflictos.	entrenamiento en estrategias de afrontamiento asertivas como resolución de problemas. Esto se realizó por medio de la Técnica de Asertividad Oposición
<b>Sesión 4:</b>	Entrenar habilidades sociales (HHSS) y autocontrol emocional.	Se realizó entrenamiento en habilidades sociales básicas como: Formular una pregunta, presentarse y dar las gracias así mismo se entrenó en estrategias de autocontrol emocional en este caso en respiración profunda. Para esto se utilizó la técnica de Relajación Muscular progresiva de Jacobson.
<b>Sesión 5</b>	Entrenar habilidades sociales (HHSS) y estrategias de afrontamiento.	Entrenamiento en Habilidades Sociales relacionadas con los sentimientos como: conocimientos de los propios sentimientos y comprender los sentimientos de los demás y en habilidades sociales alternativas a la agresión como defender de forma asertiva los propios derechos. Esto se realizó por medio de la Técnica de Asertividad Oposición
<b>Sesión 6</b>	Entrenar habilidades sociales (HHSS) y autocontrol emocional.	Entrenamiento en Habilidades Sociales alternativas a la agresión, en este caso el uso del autocontrol y Entrenamiento en el uso de la técnica de la Tortuga para el autocontrol de la conducta impulsiva, esta técnica tendrá ajustes de tal manera que sea contextual para la consultante.
<b>Sesión 7</b>	Psicoeducar y orientar a "Emily" en el tema de autocuidado y autoestima como estrategia de fortalecimiento de	Se realizó psicoeducación y orientación frente al tema de autocuidado y autoestima. Esta sesión se ejecutó por medio de material didáctico, videos y un ejercicio reflexivo de reconocimiento de recursos

	recursos personales y hábitos y rutinas positivas para un estilo de vida saludable.	personales (cualidades, gustos y valores).
<b>Sesión 8</b>	Realizar cierre del proceso terapéutico realizado a la adolescente.	Se realiza cierre del proceso terapéutico y evaluación del mismo por medio de la técnica Feedback con la consultante dialogando sobre todo el proceso de entrenamiento en cuanto a habilidades sociales y técnicas entrenadas para ello se le pregunta sobre cada sesión y su aprendizaje.
<b>Seguimiento</b>	Desarrollar seguimiento durante el proceso de intervención.	El seguimiento del proceso terapéutico se llevó a cabo por medio de auto-registros sobre la conducta de la adolescente en el hogar, por medio de autoregistros de técnicas de modificación de conducta como (economía de fichas, etc), y finalmente por medio de tareas en el hogar como revisión de material de apoyo, preventivo y psicoeducativo para la familia, y tareas cortas a nivel reflexivo para la paciente.
<b>Cierre del caso</b>	Concluir el proceso de intervención terapéutica indagando sobre dudas, dificultades, aprendizajes, experiencias, emociones, sentimientos y cambios en el sistema familiar y paciente "Emily" una vez terminado el proceso de intervención.	Una vez finalizado el proceso de intervención se realizó el cierre terapéutico por medio de una retroalimentación con la abuela de "Emily" a través de la técnica Feedback con el propósito de indagar desarrollo de habilidades parentales en el sistema familiar, desarrollo de conductas asertivas por parte de la adolescente y cambios de comportamiento en el hogar. Así mismo con la consultante se cierra el proceso por medio de Feedback para indagar aquellas habilidades sociales desarrolladas durante el proceso. Finalmente como cierre se tienen en cuenta cumplimiento de indicadores teniendo como

base principal el desarrollo de los objetivos terapéuticos dentro del sistema familiar y con la adolescente.

---

En la tabla anterior, se puede observar el plan de tratamiento implementado durante la intervención, donde se manejó el enfoque cognitivo conductual específicamente, desde el entrenamiento en habilidades sociales, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y control emocional orientado a la paciente. También se abordó al sistema familiar desde una intervención preventiva en cuanto a psicoeducación y entrenamiento en habilidades parentales y técnicas de modificación de conductas y auto-registro como seguimiento al proceso. Finalmente, es importante mencionar que en la familia se trató el tema de redes de apoyo y vínculo afectivo, como factor de protección ante posibles vulnerabilidades futuras teniendo en cuenta la condición cognitiva y comportamental de la paciente, su red de apoyo primaria y su ausencia paternal a nivel de crianza y vínculo emocional.

## DISCUSIÓN

La adolescencia es un periodo de la vida que se diferencia sustancialmente de la niñez y de la edad adulta, actualmente se considera como una fase propia en el ciclo vital. (Hurrelman, 1994). En cuanto a los trastornos de esta etapa, es importante definir un trastorno mental como aquel síndrome psicológico, que afecta al individuo en su cognición, regulación emocional y conductual, y por otra parte, su impacto afecta significativamente áreas del ser como desarrollo social, ocupacional y otras actividades del diario vivir (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

De otra forma, a nivel de intervención con este tipo de población, se encontró la importancia de abordar terapéuticamente a la familia, en este caso el sistema familiar de Emily, es por ello que se realizó una modificación en el plan de tratamiento, ya que inicialmente el número de sesiones orientado a padres era menor, es fundamental con base en lo anterior, confirmar lo expuesto por Kazdin y Whitley (2006), con respecto al impacto que tiene el tratamiento orientado al desarrollo de competencias parentales, en los trastornos de conducta y su sintomatología en el sistema familiar y entorno, ya que para el presente estudio de caso se consideró fundamental este abordaje para mejorar las conductas problema en Emily y fortalecer su red de apoyo. Por tanto se tomó la decisión de fortalecer competencias parentales teniendo en cuenta los resultados del cuestionario de Apgar familiar, donde se identificaron recursos significativos a nivel familiar siendo un factor de protección para la adolescente.

En cuanto a la intervención con esta población se postula a nivel de objetivos terapéuticos y metodología de tratamiento, todo lo relacionado con el entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, habilidades de autocontrol emocional y toma de decisiones teniendo como base la teoría desde el modelo cognitivo-conductual

(Luiselli, 2002) y su impacto en la evolución a nivel social y adaptabilidad funcional al medio (Monjas, 1996) así como lo planteado por la Asociación americana sobre discapacidad intelectual (AAMR) en el año 2007 en cuanto a la importancia en la intervención del aumento de la función adaptativa en áreas funcionales del diario vivir. Sin embargo, se considera importante en este apartado dejar claro, que es un desafío entrenar habilidades ya sean sociales, de autocontrol, o cognitivas con esta población con discapacidad intelectual, teniendo en cuenta además sus trastornos asociados y su déficit en procesos básicos como: atención, memoria y aprendizaje. Lo que implica, un desarrollo particular en cuanto a habilidades terapéuticas, a nivel de tolerancia a la frustración así como en la aplicación de estrategias que generen adhesión al tratamiento por parte del paciente.

Así mismo el presente estudio de caso muestra a nivel de ejercicio profesional como psicólogo clínico, la importancia de la observación del paciente y su contexto, así como de una adecuada evaluación psicológica en cuanto a análisis funcional de la conducta, y aplicación de pruebas complementarias, para posteriormente establecer un plan de tratamiento acorde a las condiciones, recursos personales y familiares del paciente desde una percepción objetiva y confiable.

De igual forma, teniendo en cuenta los resultados de las pruebas psicológicas utilizadas como base de evaluación y diagnóstico, la aplicación del Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente CACIA, al igual que los demás instrumentos como la entrevista de Síndromes Psiquiátricos CHIPS, cuestionario de APGAR familiar, protocolo de observación e identificación de conductas según (DSM-IV-R y DSM-V) y finalmente análisis funcional de la conducta le proporcionaron a esta práctica profesional, un aporte significativo en cuanto a la comprensión del comportamiento disfuncional de Emily y sus

causas, lo que contribuyó en la ejecución del proceso evaluativo, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los instrumentos psicométricos antes mencionados (CACIA Y CHIPS) no son contextuales teniendo en cuenta la discapacidad intelectual de la evaluada lo que implica que no hay una confiabilidad del 100% en sus resultados, es por ello que fue de vital importancia la observación del comportamiento en el paciente y su entorno familiar, estableciendo así un análisis funcional de la conducta lo que generó mayor confiabilidad en cuanto a sintomatología e identificación de comportamientos problema.

Por otra parte, también se deduce que a nivel investigativo el modelo cognitivo conductual según Caballo, (2002) y Luiselli, (2002) proporciona material de relevancia clínica y de gran impacto en cuanto a intervención, ya que las técnicas utilizadas en este estudio de caso permitieron que se lograra realizar un seguimiento durante el proceso de intervención a nivel individual y familiar, así como también la ejecución del plan de tratamiento evidenciándose cambios progresivos en la paciente teniendo como base el seguimiento a nivel individual y grupal.

Con base en lo anterior es esencial aclarar que el plan de tratamiento de “Emily” elaborado e implementado, en cuanto al entrenamiento en habilidades sociales, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y autocontrol emocional, se realizó teniendo en cuenta los resultados del cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA, donde se identificó un déficit en los recursos de afrontamiento ante situaciones estresantes según lo arrojado en la dimensión de autocontrol criterial (ACC). Así mismo, este test logró identificar que “Emily” tiene poca capacidad de autoconocimiento e introspección en la dimensión de retroalimentación personal, lo que limita una adecuada toma de decisiones en situaciones básicas como actividades del diario vivir y actividades de ocio con base en esto,

en el plan de tratamiento se introdujeron unas sesiones dedicadas al fortalecimiento de la autoestima, autoconcepto y capacidad de introspección.

Por otra parte, en cuanto al impacto del tratamiento en el estudio de caso, se deduce teniendo en cuenta el seguimiento en el proceso de intervención a nivel familiar e individual el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En cuanto a desarrollo de los mismos y respuesta de la familia y paciente, se identificaron cambios progresivos en la conducta de “Emily” en cuanto al desarrollo de conductas asertivas en el hogar en comparación con las agresivas y disruptivas así como también en el aumento de autocontrol emocional viéndose reflejado en el mejoramiento de hábitos de alimentación en cuanto a la ingesta acorde de alimentos y conductas impulsivas como destrucción de objetos en el hogar. Finalmente es fundamental a nivel de intervención familiar dar continuidad al fortalecimiento de competencias parentales, para seguir desarrollando conductas proactivas y habilidades sociales en la paciente teniendo como base una red de apoyo familiar.

## CONCLUSIONES

Se concluye con el presente estudio de caso en cuanto a la valoración, análisis e intervención desde la psicología clínica que el enfoque cognitivo conductual, proporciona herramientas necesarias para diagnosticar e intervenir población con discapacidad intelectual y su sistema familiar, teniendo en cuenta las limitaciones de esta población en cuanto a aprendizaje y conducta adaptativa.

Así mismo se concluye el impacto que tiene el entrenamiento en habilidades sociales a nivel terapéutico en población con discapacidad intelectual, como estrategia para la adquisición de conductas asertivas, mejorando la adaptación y convivencia en su ambiente y sistema familiar.

De igual forma, la intervención familiar debe estar presente a la hora de mejorar conductas problema en población con discapacidad intelectual, ya que el entrenamiento en competencias parentales le brinda a la familia herramientas necesarias para mejorar la condición de esta población antes mencionada por medio del manejo de contingencias y distintas técnicas de intervención desde el enfoque cognitivo conductual; desarrollando en el hogar aprendizajes significativos, adaptación y calidad de vida.

Por otra parte, se confirma la importancia de la investigación en la psicología clínica, a la hora de realizar un plan de tratamiento con población con discapacidad intelectual ya que las técnicas y metodologías utilizadas se deben adaptar según los recursos cognitivos, personales y contextuales de esta población.

Se concluye en cuanto al sitio de práctica, que es una institución que le permite al practicante en especialización en psicología clínica aprender y fortalecer habilidades como terapeuta, especialmente a nivel de evaluación y desarrollo de competencias personales como tolerancia a la frustración, ya que durante el proceso de práctica el acceso a las familias fue complejo debido a la disposición de las mismas en el momento de participar en el proceso, así como los desafíos durante las intervenciones individuales teniendo en cuenta la condición cognitiva de los pacientes a nivel de conductas evasivas, desatención, desmotivación etc.

## RECOMENDACIONES

En cuanto a recomendaciones se invita a la institución, a que continúe fortaleciendo recursos personales como (autoestima, auto-concepto y estrategias de afrontamiento) en la paciente como factor de protección ante nuevas conductas problemáticas también como fortalecimiento de habilidades sociales las cuales mejoren su capacidad adaptativa.

Finalmente, se recomienda al laboratorio de Psicometría de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, la adquisición de pruebas que puedan medir otras variables como personalidad, habilidades sociales, competencias personales y estados clínicos para población con discapacidad intelectual, esto con el fin de ofrecerle al practicante de especialización en psicología clínica, otro campo de acción el cual abarca una inclusión en las poblaciones y problemáticas actuales en salud pública, en este caso discapacidad intelectual.

## REFERENCIAS

- Alarcón, J., & Sepulveda, M. (2014). La conducta adaptativa como criterio diagnóstico de discapacidad intelectual en estudiantes de Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 12 (1): 187-199.
- American Psychiatric Association, (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association, (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Washinton D.C: New School Library.
- Belén, A. (2014). Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de Trastorno Negativista Desafiante en una Adolescente. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 1 (1): 89-100.
- Buela, G., & Sierra, J. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal Of Clinical and Health Psychology*. 2 (3): 525-532.
- Caballo, V. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente Trastornos generales. Características Clínicas y tratamiento del retraso mental (374-397)*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1*. Barcelona: Siglo XXI Editores.
- Caballo, V., & Simón, M. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente Trastornos Específicos. Características Clínicas y Tratamiento del Trastorno desafiante por oposición. (40-55)*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Cautela, J., & Groden, J. (1985) Técnicas de relajación .Manual Práctico para adultos, niños y Educación Especial.
- Ceccarelli, J (2014). Feedback en Educación Clínica. Revista Estomatol Herediana. 24(2): 127-132.
- Cobos, P. y Gavino, A. (2006). Técnicas basadas en la información guía de técnicas de terapia de conducta (13-21) Madrid: Pirámide.
- Consuelo, C. Ballesteros, B. & Novoa, M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de Bienestar Psicológico. Universitas Psicológica. 7(1): 231-250.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Papeles del psicólogo. Psicología Clínica y Psiquiatría. 24(85): 1-10.
- Domjan, M. (2003). Principios de Aprendizaje y Conducta. (237-240). Madrid: Thonson.
- Gaeta., M. & Martín., P. (2009). Estrés y Adolescencia: Estrategias de Afrontamiento y Autorregulación en el Contexto Escolar. Revista de Humanidades. 15: 327-344.
- Genise, G. (2014). Psicoterapia Cognitivo Conductual en un Paciente con Trastorno Negativista Desafiante. Revista Argentina de Clínica Psicológica XXIII. 145-152.
- Kazdin, A. (1993). Tratamientos Conductuales y Cognitivos de la Conducta Antisocial en niños: Avances de la Investigación. Psicología Conductual. 1 (1): 111-114.
- Labrador, C. (2008) Técnicas de Modificación de conducta. Madrid: Piramide.
- Larroy, C. (2008) Técnicas operantes I: Desarrollo de conductas, técnicas de modificación de conductas. Madrid: Pirámide.

- Lazcano, E., Katz, G., Allen-Lergh, B., Malagaña, L., Rangel, G., Minoletti, A., Wahlberg, E., Vásquez, A. & Salvador, L. (2013). Trastornos del Desarrollo Intelectual en América Latina: Un marco para establecer las prioridades políticas de investigación y atención. *Revista Panamericana salud pública*. 34(3): 204-209.
- Ley 1090 del 2006. Reglamentación del ejercicio profesional del psicólogo y Código Deontológico y Bioético y otras Disposiciones. Ministerio de Protección Social.
- López de Bernal, M., & González, M. (2003). *Inteligencia Emocional: Pasos para Elevar el Potencial Infantil*. Colombia: Ediciones Gamma.
- Luciano, M. (1997). *Manual de Psicología Clínica Infancia y Adolescencia*. Retraso en el Desarrollo, definición y aproximaciones explicativas (433-525). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. (1997). *Manual de Psicología Clínica Infancia y Adolescencia*. Desorden de déficit de Atención e Hiperactividad (563-580). Valencia: Promolibro.
- Luciano, M. (1997). *Manual de Psicología Clínica Infancia y Adolescencia*. Trastornos de Conducta en Niños y Adolescentes (583-609). Valencia: Promolibro.
- Martínez, C. (2007) *¿Dónde hábitos los personajes imaginarios?* Argentina: Ediciones Aluminé.
- Marquez, M., Zanabria, M., Pérez, V., Arciniega, L., & Galván, S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*. 34 (5): 443-449.
- Martin, G., & Pear, J. (2007). *Modificación de conducta ¿Qué es y Cómo aplicarla?* Madrid. Pearson.

- Méndez, F., & Olivares, J. (2001). Técnicas de modificación de conducta. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Navarro, E., Melendez, J., Sales, A., & Sancerni, M. (2012). Desarrollo Infantil y Adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*. 24(3): 377-383.
- Novell, R. (2014). Discapacidad intelectual y salud mental: evaluación e intervención psicológica. Análisis de casos. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. <http://www.plenainclusionmadrid.org/wp-content/uploads/2015/11/Discapacidad-Intelectual-y-Salud-Mental-Evaluacion-e-intervencion-psicologica-An--lisis-de-casos.pdf>.
- Razmilic, M., & Becai, J. (2012). Significado de la vida con un niño con retardo mental. *Revista Chilena de Pediatría*. 83 (2): 175-178.
- Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de Historias Clínicas.
- Rey, C. (2009). Modelo de Gestión operativa para el componente de salud mental en atención primaria en salud. Ministerio De Protección Social.
- Rief., S. (1999). Como tratar y enseñar al niño con problemas de atención e Hiperactividad. Técnicas, estrategias e intervenciones para el tratamiento del TDA/TDAH. Paidós. Barcelona.
- Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación de conducta del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 4 (1): 7-21.

- Serrano, M. (2001). Algunas consideraciones históricas entorno de la terapia cognitivo conductual: ¿Sincretismo?. Revista electrónica de psicología Iztacala. 4 (1). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22825/21551>.
- Servera., M. (2005). Modelo de Autoregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Una Revisión. Revista Neurológica. 40 (6): 358-368.
- Soler, F., Herrera, J., Buitrago, S. & Baron, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. Perspectiva Psicológica. 5 (2): 373-390.
- Vives, M. (2005). Intervención conductual en un caso de retraso mental. Análisis y modificación de conducta. 31(139): 629-649.

# ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado.

Yo, \_\_\_\_\_ identificada con cedula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_ manifiesto que conozco el servicio de Psicología que ofrece la Organización Elogios Salud Mental para las familias.

Me han informado y tengo conocimiento sobre el proceso terapéutico que se llevara a cabo con la Psicóloga en formación de Posgrado Sonia Rocío Espíndola Rodríguez, cuyo trabajo de intervención está bajo la supervisión directa de un asesor especialista en Psicología Clínica, quien tendrá acceso a la información que se reciba del proceso de evaluación e intervención terapéutica de mi Hijo y mi familia. Es importante mencionar que la información suministrada durante este proceso tendrá reserva absoluta en cuanto a confidencialidad tanto de los datos como de la identificación de las personas intervenidas.

Acepto que la información suministrada durante este proceso de intervención será utilizada únicamente con fines académicos y formativos, protegiendo la integridad física y mental de los consultantes. Igualmente tengo conocimiento de que tengo derecho a recibir retroalimentación de las evaluaciones realizadas y de los resultados del tratamiento.

Finalmente, luego de haber leído toda la información brindada en el presente documento y explicada por el Psicólogo (a) tratante, decido participar y hacer partícipe a mi hijo como acudiente legal del mismo libremente y conscientemente del proceso terapéutico.

En constancia de lo anterior firmo este documento de consentimiento informado el día \_\_\_\_\_ en presencia del psicólogo (a) \_\_\_\_\_

Firman:

\_\_\_\_\_

Consultante

\_\_\_\_\_

Psicólogo.

Tp: 13277

\_\_\_\_\_

Psicólogo Asesor.

Tp: 100111

Anexo 2: Historia Clínica.

**FORMATO HISTORIA CLÍNICA**

<b>FECHA DE RECEPCIÓN:</b>		<b>DÍA: ___ MES: ___ AÑO: ___</b>		
<b>1. DATOS DEMOGRÁFICOS</b>				
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>				
<b>EPS:</b>				
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>	<b>EDAD:</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>M</b>	<b>F</b>
<b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:</b>				
<b>DIRESIDENCIA ACTUAL:</b>	<b>TELÉFONO:</b>			
<b>ESTADO CIVIL:</b>	<b>RELIGIÓN:</b>			
<b>DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Parentesco:</b>				
<b>Teléfono:</b>				

<b>II. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE</b>				
<b>MOTIVO DE CONSULTA:</b>				
<b>OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE:</b>				

**DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:**

***III. ESTRUCTURA FAMILIAR***

***IV. ANTECEDENTES PERSONALES***

**V. ANTECEDENTES MÉDICOS**

**VI. ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS:**

**VII. ANÁLISIS SINCRÓNICO Y DIACRÓNICO.**

**VIII. EXAMEN MENTAL**

**IX. FORMULACIÓN CLÍNICA**

**X. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL**

**XI. PLAN DE INTERVENCIÓN**

**Objetivos terapéuticos.**

**Plan de Tratamiento:**

***XII. Instrumentos Aplicados en la Fase de Evaluación y Diagnóstico.***

**Firma:**

Anexo 3: Formato de Visita Domiciliaria

**Entrevista de visita domiciliaria.**

Fecha \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del acudiente o madre y/o padre del joven (a)

\_\_\_\_\_

Número de Identificación \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Conductas Problemáticas percibidas por el acudiente actualmente en el paciente.

GENOGRAMA:

Estructura Familiar.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación

Descripción de la situación actual (Funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación y redes de apoyo).

Antecedentes Familiares:

**Enfermedades Médicas de la familia:**

**Enfermedades Psiquiátricas de los padres:**

**Antecedentes Patológicos de los hermanos:**

**Enfermedades Mentales**

**Enfermedades Médicas**

**Problemas Psicológicos y de Conductas**

**DESARROLLO DEL EVALUADO:**

**Factores Prenatales**

Edad de la madre en el momento de tener el joven (a): \_\_\_\_\_

Consumo de Sustancias Psicoactivas:

**1. Alcohol**

**2. Sustancias Psicoactivas**

**3. Tabaco**

**4. Cafeína**

Existió alguna enfermedad durante el embarazo:

--

Tipo de Parto:

- 1. Parto Eutócico**
- 2. Parto distócico**
- 3. Cesárea**
- 4. Parto pretermino**
- 5. Embarazo Prolongado**
- 6. Embarazo de término**

Condiciones al Nacer:

Talla\_\_\_\_\_

Peso\_\_\_\_\_

**Factores Posnatales**


Antecedentes de Conducta Escolar.

Relaciones de los padres con el Joven.

Problemas de Conductas del joven durante el desarrollo.

Aspectos del desarrollo.



Anexo 4: Ficha Técnica Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente.

Nombre: CACIA, Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente.

Autores: A. Capafons Bonet y F. Silva Moreno

Aplicación: Individual y Colectiva

Ámbito de la aplicación Niños y Adolescentes entre 11 y 19 años (Desde 6º de Primaria a 2º de bachillerato)

Duración: Variable, entre 30 y 40 minutos según la edad.

Finalidad: Escalas de autocalificación en tres dimensiones de auto-control positivo (Retroalimentación Personal (RP)- Retraso de la Recompensa (RR)- y Autocontrol Procesual (ACP) y una escala de Sinceridad (S)

Baremación: Centiles para cada escala según ciclo escolar y sexo.

Material: Manual, Ejemplar y Plantilla de corrección.

Anexo 5: Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente.

N.º 156

## CACIA

### Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente

	RP	ACP	RR	ACC	S
PD					
PC					

Nombre ..... Apellidos Juan Camacho ..... Edad ..... Curso .....

Chico  Chica  Fecha de nacimiento ..... Colegio El Encanto .....

Nacional  Privado  Población donde está el Colegio .....

Domicilio donde vives ..... Núm. .... Pta. ....

Población ..... Provincia ..... Teléfono .....

Lugar de nacimiento ..... Fecha de hoy .....

Profesión de tu padre .....

### INSTRUCCIONES

En las páginas siguientes encontrarás una serie de frases que quizá describan cómo te comportas, piensas o te sientes. Cuando leas cada frase, pon una marca (X) sobre el **SI**, si te describe. Si **no** te describe, pon una marca sobre el **NO**.

**Ejemplos:**

- Me gusta comer helados durante el verano ...  **NO**
- A menudo oigo música clásica ...  **SI**  **NO**

En el primer ejemplo, el chico que ha contestado, cree que la frase le describe, y por eso ha marcado la palabra **SI**. En el segundo ejemplo, ha pensado que la frase no le describe, y por eso ha marcado la palabra **NO**.

Procura responder sin detenerte excesivamente en cada frase. Contesta a todas las frases. Cuando termines, repásalas, a ver si te has dejado alguna en blanco y la respondes. No hay respuestas buenas o malas, ni verdaderas ni falsas; procura ser totalmente sincero al contestar.

TEA

Autores: A. Capafons Bonet y F. Silva Moreno.  
 Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 33.658 - 1986.

1. Normalmente hago las cosas que realmente me gustan, aunque haya cosas más urgentes que hacer ... SI NO
2. Si sé que hacer algo que me gusta me impedirá trabajar después, lo dejo para cuando ya haya trabajado ... SI NO
3. Casi siempre hago las cosas que me gustan, aunque tenga cosas más importantes que hacer. SI NO
4. Cuando quiero llegar antes a un sitio, me pongo una hora determinada para salir ... SI NO
5. Pocas veces corrijo mis tareas para ver los aciertos y los errores, aunque quiera hacerlas mejor ... SI NO
6. Sé portarme adecuadamente sin que me castiguen ... SI NO
7. Cuando me dicen que debo portarme bien, suelo preguntar: «¿Qué quiere decir eso?» ... SI NO
8. Cuando estoy perezoso y quiero estudiar, procuro quitar de mi vista todo lo que me pueda distraer (juguetes, discos, tebeos, etc.) ... SI NO
9. Cuanto más consigo por encima de lo que me había propuesto y sé que se debe a mi esfuerzo, más a gusto me siento ... SI NO
10. A veces soy brusco con los demás ... SI NO
11. Cuando cometo errores me critico a mí mismo ... SI NO
12. Recuerdo mis obligaciones en casa ... SI NO
13. Los demás dicen que soy un irresponsable ... SI NO
14. Para mí es importante saber lo que tengo que hacer para saber si lo voy consiguiendo ... SI NO
15. Llego puntual a todos los sitios ... SI NO
16. Me gusta todo tipo de comida ... SI NO
17. Cuando prometo algo y me cuesta cumplirlo, procuro tenerlo en la cabeza y recordármelo. SI NO
18. Si pongo un plan en marcha, quiero saber por mis propios medios cómo me va funcionando. SI NO
19. Cuando me esfuerzo por algo, sé si voy teniendo éxito en mi empeño ... SI NO
20. Me cuesta mucho recordar las normas de clase, aunque las sepa ... SI NO
21. A veces me dicen que soy incapaz de saber lo que está bien o mal hecho ... SI NO
22. Suelo pensar en por qué mis amigos se comportan de la manera que lo hacen ... SI NO
23. A veces desobedezco a mis padres ... SI NO
24. Recojo los papeles que otros tiran al suelo ... SI NO
25. Me cuesta darme cuenta de las cosas que hago que les gustan a mis amigos ... SI NO
26. Cuando soy incapaz de hacer algo que me cuesta, pienso que se debe a la mala suerte ... SI NO
27. A veces digo mentirijillas a mis compañeros ... SI NO
28. Cuando algo me da mucho miedo, me es imposible imaginarme cosas que me distraigan ... SI NO
29. Cuando me preguntan «¿Por qué haces eso?», me quedo sin saber qué responder ... SI NO
30. Cuando alguien me cuenta sus problemas, me cuesta saber cómo los puede solucionar ... SI NO
31. Sólo trabajo cuando por ello puedo conseguir cosas enseguida ... SI NO
32. Si me prometo algo a mí mismo, intento pensar en si lo que hago es lo que me he prometido. SI NO
33. Aguanto peor el dolor que la mayoría ... SI NO

COMPRUEBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

**NO TE DETENGAS, PASA A LA PAGINA SIGUIENTE**

RP	ACP	RR	ACC	S

34. Me animo a mí mismo a mejorar, sintiéndome bien o dándome algo especial cuando progreso en algo ... SI / NO
35. Corrijo a los demás cuando dicen palabrotas ... SI NO
36. Hago inmediatamente lo que me piden ... SI NO
37. Cuando quiero estudiar más, busco las maneras de conseguirlo, empezando por preguntarme qué es lo que me impide estudiar ... SI NO
38. Desconozco qué puedo hacer para tranquilizarme cuando estoy nervioso, sin tomarme una pastilla ... SI NO
39. Cuando me aguanto algo que me duele (un brazo roto, una herida, etc.), me imagino a los demás admirándome por mi valentía ... SI NO
40. Generalmente, cuando aconsejo a alguien, las cosas le salen como yo le decía ... SI NO
41. Si tengo que resistir algo que me hace daño (que me limpien una herida, que me pinchen, etcétera), me propongo soportar todo lo que haga falta para no tener que repetirlo ... SI NO
42. A medida que voy consiguiendo lo que quiero, se me olvida ver lo que queda por hacer ... SI NO
43. Cuando me porto bien y me cuesta hacerlo (por ejemplo, hacer un recado sin ganas, estar callado en clase, etc.), lo hago, sobre todo, porque me gusta que me alaben ... SI NO
44. Cuando hago algo en equipo, soy incapaz de saber la parte del resultado que se debe a mi trabajo ... SI NO
45. A menudo pienso en cómo seré de mayor ... SI NO
46. Cuando quiero dejar de hacer algo que me gusta, pero que no debo, procuro pensar en las razones que tengo para ello ... SI NO
47. Todas las personas me caen muy bien ... SI NO
48. Alguna vez he hecho como que no oía cuando me llamaban ... SI NO
49. A menudo recuerdo las cosas que hacía antes y las comparo con las que hago ahora ... SI NO
50. Reparto todas mis cosas con los demás ... SI NO
51. Me pongo muy nervioso cuando tengo problemas personales ... SI NO
52. Si voy a hacer algo que he prometido evitar, oigo la voz de mi conciencia ... SI NO
53. Cuando me pongo nervioso intento tranquilizarme, ya que así las cosas me salen mejor ... SI NO
54. Cuando tengo éxito en cosas de poca importancia, me animo para continuar haciéndolas ... SI NO
55. Me es difícil acabar mi trabajo si no me gusta ... SI NO
56. Disfruto imaginándome cosas que me gustaría que ocurriesen ... SI NO
57. Ante todo, prefiero terminar una tarea que tengo que hacer y después comenzar con las cosas que realmente me gustan ... SI NO
58. Aunque me diesen dinero por hacer algo que me parece mal (por ejemplo, engañar a un amigo, pegar a un niño pequeño, etc.), haría lo que creo que está bien ... SI NO
59. Aunque los demás no me digan nada, me siento muy bien si hago algo difícil y costoso ... SI NO
60. Cuando hago algo adrede, me doy cuenta de cómo reaccionan los demás ... SI NO

COMPRUEBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DELGADO  
ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR

**NO TE DETENGAS, PASA A LA PAGINA SIGUIENTE**


RP	ACP	RR	ACC	S

- 61. Aguanto que me hagan daño como el que más, si por eso me voy a poner mejor ... SI NO
- 62. Soy capaz de aguantar que me peguen o insulten con tal de hacer algo que creo que debo hacer ... SI NO
- 63. Cuando me siento triste o decaído, tardo bastante en comenzar a animarme ... SI NO
- 64. Si alguien me dijera que tengo que hacer algo difícil y costoso para mí, me marcaría unos pasos o etapas para saber si lo voy consiguiendo ... SI NO
- 65. Si quiero ahorrar dinero, voy apuntando el dinero que me gasto para saber lo que me queda. SI NO
- 66. Muchas veces evito hacer algo que me gusta porque sé que no debo ... SI NO
- 67. Actúo conforme me apetece en el momento ... SI NO
- 68. Si tengo miedo por algo, me aguanto y hago lo que tengo que hacer (por ejemplo, ir por una calle oscura, hablar con un profesor muy duro, etc.) ... SI NO
- 69. Tiendo a retrasar los deberes que me aburren, aunque los pueda hacer enseguida ... SI NO
- 70. Simplemente diciéndome con el pensamiento lo que debo hacer me es más fácil hacerlo bien ... SI NO
- 71. Me es difícil saber lo que pasará si hago algo ... SI NO
- 72. Es difícil que castigándome y pegándome consigan algo de mí ... SI NO
- 73. Me cuesta cambiar mi manera de actuar, ya que me es difícil darme cuenta de cuándo hago algo incorrecto ... SI NO
- 74. Suelo olvidarme de anotar los deberes de clase que tengo que hacer en casa ... SI NO
- 75. Cuando digo o hago algo mal, siempre pido disculpas ... SI NO
- 76. Me gustaría ser un sabio para conocer por qué hago las cosas que preferiría evitar hacer. SI NO
- 77. Cuando tengo muchas cosas que hacer, me olvido de hacer una lista para recordarlas ... SI NO
- 78. Normalmente ignoro el tiempo que estudio cada día ... SI NO
- 79. Cuando me esfuerzo por algo, me es difícil saber si voy consiguiendo lo que quería ... SI NO
- 80. A veces fardo delante de mis compañeros ... SI NO
- 81. Cuando tengo mucha sed y es imposible beber en ese momento, sólo pienso en las ganas que tengo de beber ... SI NO
- 82. Me cuesta creer que hacer siempre lo que me apetece puede perjudicarme ... SI NO
- 83. Creo que uno tiene derecho a divertirse aunque no haya cumplido antes con sus obligaciones ... SI NO
- 84. Hasta que termino con lo que tengo que hacer me es imposible disfrutar con mis diversiones. SI NO
- 85. Si hoy me pusiera un cartel para acordarme de hacer las cosas que me cuestan esfuerzo (por ejemplo, evitar enfadarme o chillar, dejar ordenada la habitación, etc.), sería la primera vez que lo hago ... SI NO
- 86. Cuando hago algo bien, disfruto un rato por haberlo hecho ... SI NO
- 87. Si he robado algo y me dicen «¿Por qué lo has hecho?», me quedo sin saber qué decir ... SI NO
- 88. Las cosas suelen salirme al revés de como yo pensaba que saldrían ... SI NO
- 89. Cuando dejo las tareas sin hacer, sólo pienso en las cosas con que me estoy divirtiendo. SI NO

**COMPRUEBA LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DEJADO ALGUNA CUESTION SIN CONTESTAR**

RP	ACP	RR	ACC	S

PR	ACP	RR	ACC	S

Anexo 6: Ficha Técnica Entrevista de Síndromes Psiquiátricos CHIPS.

Nombre: CHIPS (Entrevista para Síndromes Psiquiátricos en niños y adolescentes)

Autores: Mary A. Fristad, Marijo Teare Rooney, Elizabeth B. Weller, Ronald A. Weller.

Aplicación: Individual

Ámbito de la aplicación: Niños entre 16 y 18 años.

Finalidad: Entrevista Semi-estructurada basada en criterios del DSM-IV apropiada para el uso Clínico e investigativo.

Anexo 7: Cuestionario de Apgar familiar.

**APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN**

Es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. Diseñada por Smilkstein y validada en Chile en 1987 por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar.

Es un cuestionario auto administrado que consta de cinco preguntas cerradas. Indica una valoración global de satisfacción con la vida familiar. Útil como prueba de tamizaje. Puntaje mínimo: 0 Puntaje máximo: 10 A mayor puntaje mayor satisfacción. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas ofrecen una indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del entrevistado

CRITERIOS DE UBICACION	0 CASI NUNCA	1 A VECES	2 CASI SIEMPRE
a) ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia, cuando algo me perturba?			
b) ¿Está satisfecho con la forma en que su familia discute áreas de interés común y comparten problemas resolviéndolos juntos?			
c) ¿Encuentra que su familia acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
d) ¿Está de acuerdo con la forma en que su familia expresa afecto y responde a sus sentimientos de angustia, amor, pena...?			
e) ¿Está satisfecho con la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

La posibilidad de respuesta fluctúa en:

- 0: Casi nunca
- 1: A veces
- 2: casi siempre

Interpretación:

0 a 3: Necesidad de apoyo inmediato
4 a 6: Probable disfunción. Evaluar
7 a 10: Funcionalidad

Ámbitos que evalúa:

- Adaptation (Adaptación)
- Partnership (Asociación/sociedad)
- Growth (Crecimiento)
- Affection (Afecto)
- Resolve (Resolución)

## Anexo 8: Lista de Chequeo de Conductas según DSM-IV-R.

**Cuadro de Identificación de Conductas (Retardo Mental).**

Criterios DSM-IV-TR	Se Presenta	
	SI	NO
Presenta Una capacidad Intelectual General Significativamente inferior al promedio.	SI	NO
Presenta Limitaciones Significativas de la actividad adaptativa en habilidades comunicativas.	SI	NO
Presenta Limitaciones Significativas de la actividad adaptativa en habilidades relacionadas al autocuidados (Hábitos de Higiene y hábitos de arreglo personal)	SI	NO
Presenta Limitaciones Significativas de la actividad adaptativa en habilidades sociales y relaciones interpersonales. (Socialización con pares, convivencia con otras personas)	SI	NO
Presenta Limitaciones Significativas en conductas de autocontrol (Control emocional y asertividad)	SI	NO
Presenta Limitaciones Significativas en habilidades académicas (Desempeño académico, aprendizaje de conocimientos académicos, etc)	SI	NO
Presenta limitaciones significativas para ejercer adaptativamente una función o cumplir con un rol laboral.	SI	NO
Presenta dificultad significativa para realizar actividades de ocio.	SI	NO
Presenta conductas que afectan la propia salud, seguridad y la de otros.	SI	NO

**Lista de Comprobación de Diagnóstico y Evaluación.**

<b>DIAGNÓSTICO. (Retardo Mental )</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Capacidad Intelectual significativamente inferior al promedio (CI aproximadamente de 70 o inferior).		
2. Alteraciones Concurrentes de la actividad adaptativa actual.		
3. El inicio del trastorno es anterior a los 18 años.		

**Cuadro de Identificación de Conductas (Trastorno Desafiante Opositor).**

CONDUCTAS	Si	No
1. Se opone constantemente a las normas de la Institución.		
2. Manifiesta Agresividad ante figuras de autoridad.		
3. Genera conflictos con sus compañeros en la Institución.		
4. Usualmente genera peleas con adultos.		
5. Generalmente desafía y cuestiona los llamados de atención del personal que está a su cuidado.		
6. Manifiesta conductas como engañar, mentir, o sabotear para conseguir ganancias secundarias.		
7. Interrumpe constantemente a compañeros y al personal terapéutico y de enfermería.		
8. Ante equivocaciones y errores genera baja tolerancia a la frustración desistiendo y abandonando la actividad a realizar.		
9. Usualmente es distraído y no logra finalizar tareas que necesiten un tiempo prolongado.		

**Lista de Comprobación de Diagnóstico y Evaluación.**

<b>DIAGNÓSTICO. (Trastorno Desafiante Opositor)</b>	SI	NO
4. Es un patrón de comportamiento que dura más de seis meses.		
5. Presenta cuatro o más de los criterios Diagnósticos del (DSM-IV-TR).		
6. El trastorno de Conducta provoca deterioro Clínicamente Significativo en la actividad social, académica y laboral.		
7. Los Síntomas no se deben a otro trastorno que simula un (TDO) .		
8. Al menos un criterio ha estado activo los últimos 6 meses.		
9. No se cumplen los criterios de trastorno di-social y si el evaluado tiene 18 años tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.		

**Cuadro de Identificación de Conductas (Déficit de Atención con Hiperactividad).**

CONDUCTAS (Desatención)	Si	No
1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.		
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.		
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.		
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones, en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o dificultad para entender instrucciones).		
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.		
6. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.		
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades.		

8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.		
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.		

CONDUCTAS (Hiperactividad)	Si	No
1. A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.		
2. A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones donde deba estar sentado.		
3. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que es inapropiado hacerlo (En adolescentes y adultos esto hace referencia a sentimientos de inquietud).		
4. A menudo tiene dificultades para jugar y dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.		
5. A menudo está en marcha.		
6. A menudo habla en exceso.		

CONDUCTAS (Impulsividad)	Si	No
1. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.		
2. Tiene dificultades para respetar turnos.		
3. A menudo interrumpe en actividades de otros (Actividades de juego y ocio).		

**Lista de Comprobación de Diagnóstico y Evaluación.**

<b>DIAGNÓSTICO. (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad combinado)</b>	SI	NO
Si Cumple con los criterios de desatención e hiperactividad durante los últimos 6 meses.		

<b>DIAGNÓSTICO. (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio del déficit de atención)</b>	SI	NO
Si Cumple con los criterios de desatención únicamente durante los últimos 6 meses.		

<b>DIAGNÓSTICO. (Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio Hiperactivo-impulsivo)</b>	SI	NO
Si Cumple con los criterios de desatención e impulsividad durante los últimos 6 meses.		

## Anexo 9: Lista de Chequeo de Conductas según DSM-V

**Cuadro de Identificación de Conductas (Trastorno Desafiante Opositor).**

<b>Criterios DSM-V</b>	<b>Se Presenta</b>	
A menudo pierde los estribos.	SI	NO
A menudo es susceptible o fácilmente moleestado.	SI	NO
A menudo es enojado y resentido.	SI	NO
A menudo discute con figuras de autoridad o pares.	SI	NO
A menudo desafía activamente o se niega a cumplir con las solicitudes de las figuras de autoridad o con las normas.	SI	NO
A menudo molesta deliberadamente a otros.	SI	NO
A menudo culpa a otros de sus errores o mal comportamiento.	SI	NO
Ha Sido rencoroso o vengativo al menos dos veces los últimos 6 meses.		

**Cuadro de Identificación de Conductas Discapacidad Intelectual**

<b>Criterios DSM-V</b>	<b>Se Presenta</b>	
Déficit en funciones intelectuales como razonamiento, resolución de problemas y pensamiento abstracto.	SI	NO
Déficit en el funcionamiento adaptativo de habilidades socioculturales como: Autonomía personal, responsabilidad social, dificultad en la comunicación, participación social, y habilidades de independencia en diferentes contextos como Hogar, Escuela, trabajo y comunidad.	SI	NO
Inicio de las dificultades intelectuales y de adaptación durante el desarrollo.	SI	NO
<b>Criterios DSM-V</b>	<b>Se Presenta</b>	
Déficit en funciones intelectuales como razonamiento, resolución de problemas y pensamiento abstracto.	SI	NO
Déficit en el funcionamiento adaptativo de habilidades socioculturales como: Autonomía personal, responsabilidad social, dificultad en la comunicación, participación social, y habilidades de independencia en diferentes contextos como Hogar, Escuela, trabajo y comunidad.	SI	NO
Inicio de las dificultades intelectuales y de adaptación durante el desarrollo.	SI	NO

**Identificación de Conductas (Trastorno Déficit de atención con Hiperactividad) DSM-V.**

CONDUCTAS (Desatención)	Si	No
1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades o se pierde detalles en la elaboración de las mismas.		
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades de juego.		
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.		
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares.		
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.		
6. A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieran un esfuerzo mental sostenido.		
7. A menudo pierde objetos para el desarrollo de tareas u objetos.		
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos externos.		
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.		

CONDUCTAS (Hiperactividad e Impulsividad)	Si	No
1. A menudo mueve en exceso manos y pies, o se remueve en su asiento.		
2. A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones donde deba estar sentado.		
3. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que es inapropiado.		
4. A menudo no puede jugar o participar en actividades de ocio en silencio.		
5. A menudo está en camino "Impulsado por un motor"		
6. A menudo habla en exceso.		
7. A menudo tiene dificultad para esperar turnos.		
8. A menudo interrumpe o se inmiscuye en la conversación de los demás.		

Anexo 10: Psicoeducación en habilidades paternas.

Tomado de: López de Bernal, M., y González, M. (2003). *Inteligencia Emocional: Pasos para Elevar el Potencial Infantil*. Colombia: Ediciones Gamma.

## Educar en este tiempo

### ¿Y si se me sale de las manos?

**E**ducar hijos en tiempos modernos es una de las tareas más difíciles pero a la vez uno de los más grandes desafíos. Indudablemente, los esquemas de formación han variado y tratar de formar a los hijos como lo hicieron nuestros padres con nosotros, ya no es efectivo.

Los niños de hoy día están expuestos a grandes y acelerados cambios que van desde crecer en hogares donde ambos padres trabajan, convivir con la droga y el alcohol en los espacios donde estos pasan la mayor parte del tiempo, hasta la invasión de los grandes descubrimientos tecnológicos como Internet y los videojuegos.

Por otro lado, la influencia que ejercen los medios de comunicación es cada vez más impactante y la exigencia más alta por alcanzar modelos ideales de belleza, de poder, de dinero, de éxito y de fama.

### El deseo de hacer lo mejor por los hijos

**L**os padres de hoy enfrentan el constante dilema entre lo que es bueno y es malo, lo que debe hacerse y lo que no, lo que se debe o no exigir a los hijos. El auge de la literatura sobre la crianza infantil, la consulta a pedagogos y orientadores, los programas en TV y radio especializados en asesoría familiar, son expresiones de las necesidades que los padres buscan para vivir exitosamente este gran desafío.

### Criar hijos sanos emocionalmente

**C**recer no es nada fácil, y una de las partes más complicadas de este proceso es aprender a desarrollar la inteligencia emocional, es decir, la capacidad que le permite al niño dominar sus emociones y que resulta fundamental para que el pequeño pueda ser feliz en la vida y tener éxito.

Reconocer y manifestar los sentimientos, aprender a automotivarse para definir y conseguir metas, afrontar la vida con confianza y optimismo, entender la sensibilidad y susceptibilidad de los demás... En esto consiste la inteligencia emocional, factor que se aprende básicamente en el hogar, en las interacciones diarias entre todos los miembros de la familia.



- ❑ La sensación de incapacidad, insuficiencia o mediocridad.
- ❑ Imitar el modelo de comportamiento que está presente en su casa.
- ❑ Experimentar inseguridad afectiva.
- ❑ El exceso de normas, arbitrariedad o injusticia en su aplicación.
- ❑ Los padres tienen expectativas o exigencias poco realistas, muy altas o excesivamente bajas.
- ❑ La falta de autoridad de los padres o de uno de ellos para obtener el respeto del niño.
- ❑ Por inconsistencia en la disciplina. Algunas veces se le exigen cosas que no se le pediría hacer en otras circunstancias.
- ❑ No se le reconocen o valoran sus conductas apropiadas y valiosas.
- ❑ La carencia de afecto o la falta de demostraciones de afecto.
- ❑ Un conflicto explícito o encubierto de uno de los padres en relación con el otro.

### Frente a las conductas inadecuadas

Cuando un niño se niega reiterativamente a hacer algo, desobedece o ignora alguna norma, es importante reevaluar lo que está pasando y tomar algunas medidas.

#### 1. Definir la conducta

Es importante especificar cuáles son las conductas inadecuadas del niño. Ejemplo, la pataleta, los gritos cuando no le complacen en lo que quiere, la rebeldía cuando lo llaman a comer o la resistencia para cepillarse los dientes, entre otros.

#### 2. Identificar la frecuencia de la conducta

Es decir, medir el número de veces que ésta se produce. Para hacerlo se puede elaborar una tabla en la que se anote a diario cuántas veces el niño presenta la conducta inadecuada. Hacerlo durante una semana.

#### 3. Identificar las causas

Comprender que hay razones que están llevando al niño a actuar de esta manera. Se recomienda anotar qué provocó la conducta. Entre las causas se pueden incluir el hecho de que se le haya llamado la atención o que se le haya privado de algo que estaba haciendo, entre otras.

#### 4. Identificar las consecuencias de la conducta

Ciertas condiciones proporcionan al niño señales de que su comportamiento inadecuado puede tener consecuencias gratificantes. Si el niño sabe, por ejemplo, que si grita su madre cederá a sus deseos, repetirá esta conducta cuantas veces le sea preciso.

#### 5. Protegerlo de agentes nocivos

Reducir el contacto del niño con los modelos agresivos, impulsivos, rebeldes o caprichosos; muchos de estos comportamientos se aprenden por imitación.



## Inteligencia emocional y disciplina

### 6. Enseñarle alternativas de solución

Mostrarle al niño otras vías para solucionar los conflictos: el razonamiento, el diálogo, el establecimiento de normas.



### 7. Reconocimiento y recompensa

Recompensar al niño cuando lleve a cabo un comportamiento cooperativo y positivo. O bien, cuando sus actitudes, en general, sean plausibles.

### 8. Atención a los logros

Mantener una actitud positiva y atender los progresos que va haciendo el niño, más que a las fallas que pueda tener.

### 9. La lógica de las normas

Revisar la pertinencia de las reglas, pues a veces se exige a los niños que se comporten de una manera para la que no están preparados. Para reajustar las reglas de juego, a veces sólo basta con plantearla de otra manera. Es importante determinar los límites de lo que puede ser negociable y aquello en lo que no se puede transigir.



### Órdenes que funcionan

- Mientras acabas de jugar voy a preparar tu comida.
- Si no vienes ya, luego no nos quedará tiempo para ver televisión.
- Te quiero dar un beso por que te has vestido solo.
- Te regalo esta calcomanía por ayudarme a poner la mesa.
- Es hora ya de comenzar a recoger tus carros.
- Si terminas pronto, podremos leer un cuento en la cama.
- Deja de molestar a tu hermano, si lo prefieres ven conmigo un rato a la cama.
- Como todos los días, antes de ir a la cama debes lavarte los dientes.



## Actividad

### Prevenir para lograr disciplina

- Tener un sistema de disciplina claro, consistente y fuerte.
- Si es posible y se estima útil, discutir con el niño las sanciones y las recompensas, y tomar en cuenta su opinión.
- No corregir el comportamiento solamente en los momentos de crisis.
- Programar tiempo para tener una conversación con el niño acerca de la actitud inadecuada.
- Plantear con calma todas las reglas y rutinas que el niño debe tener presentes.
- Establecer sanciones específicas para cuando se quebranten las normas y hacerlas cumplir de manera consistente.
- Mantener una actitud indiferente frente a ciertas conductas.
- Señalar metas realistas que el niño pueda alcanzar.
- Mostrarle con afecto que con comportamientos inadecuados no se obtienen ganancias.
- No forzar las transiciones y la acomodación de los niños que no son muy adaptables; ellos necesitan conocimiento previo antes del cambio.
- Cuando la ocasión lo requiera hay que actuar y tomar una posición pronto, es mejor no invertir tiempo negociando.

38

INTELIGENCIA EMOCIONAL



### Comprensión de la desobediencia en la adolescencia

Incluso jóvenes que generalmente son cooperadores y dispuestos, pueden eventualmente llegar a mostrarse irrespetuosos y desobedientes durante esta etapa. Puede decirse que la desobediencia hace parte del crecimiento, ya que es uno de los caminos por lo cuales los jóvenes aprenden y se descubren a sí mismos, expresan su individualidad y consiguen un sentido de autonomía. Los conflictos se causan generalmente por su necesidad de independencia y por querer cuestionar las reglas, normas y expectativas. Sin embargo, esto no significa que deba aceptarse porque puede establecerse como un patrón de la relación entre padres e hijos.

Usualmente esto es signo de las confusiones internas que están experimentando o el significado de una nueva preocupación como lo pueden ser las relaciones interpersonales o el fracaso escolar. Su hostilidad es directa hacia el blanco más cercano, hacia los que están más cerca de él; es la forma de rebatir el comportamiento que están teniendo con ellos, además de expresar la ansiedad que están sintiendo.

## Actividad

## Confrontación

Cuando los padres se enfrentan a situaciones de desobediencia con los niños o con los jóvenes es importante contestar de manera franca a las siguientes preguntas y discutir las en pareja y, si es posible, en familia:

1. ¿Qué tanto se respetan los miembros de su familia unos a otros? ¿Respetan la privacidad mutua, las ideas y los valores personales?
2. ¿Cómo maneja la familia los conflictos? ¿Se resuelven a través de discusiones racionales o se discute y acuden a la violencia?
3. ¿Cuál es la manera en la que se refieren al hijo y qué tipo de disciplina están utilizando? ¿Con qué frecuencia le gritan? ¿Lo golpean?
4. ¿El niño tiene problemas en su desempeño escolar o en el desarrollo de sus relaciones?
5. ¿Hay algún tipo de angustia por la cual esté pasando la familia?
6. ¿Qué tan consistente es la disciplina que están aplicando con los hijos?
7. ¿Recompensan la cooperación del chico? o ¿sólo reaccionan a la desobediencia y al conflicto?
8. ¿Se dan soporte y respaldo entre los padres?
9. ¿Están los dos de acuerdo con la disciplina que imparten?
10. ¿Reaccionan explosivamente o pierden la calma con regularidad?



### Cuando el niño o adolescente insiste en transgredir las normas

Cuando el niño incurra en conductas inadecuadas debe revisarse la manera como los padres ponen en práctica y promueven la disciplina, porque muchas veces son ellos mismos quienes refuerzan o mantienen actitudes caprichosas, negligentes o egoístas de los niños, respondiendo de manera inmediata y permisiva a sus exigencias. Cuando esto suceda es importante identificar el manejo que se hace de situaciones cotidianas en las que el niño termina consiguiendo lo que desea, ya que es muy probable que lo repita en el futuro puesto que le surte efecto.

## Qué hacer

ALGUNAS DE LAS SUGERENCIAS PARA ENFRENTAR LA REINCIDENCIA DE LA CONDUCTA QUE SE NIEGA A LA ACEPTACIÓN DE LAS NORMAS:

- Mantener la calma y aceptar con mente abierta que él tiene un ritmo, velocidad y forma de ver las cosas distinta a los otros niños, lo que no implica que sea equivocada ni negativa.
- Buscar las causas reales y profundas por las que el niño se comporta de determinada manera y asumir la tarea de darle apoyo. Los niños requieren el respaldo decidido de sus padres para superar dificultades.
- Crear redes de apoyo entre sus familiares, vecinos, amigos y el colegio para ayudarlo a que no se sienta rechazado y a que cuente con un ambiente menos hostil y crítico que valore sus puntos fuertes y no sólo sus debilidades.
- Inventar estrategias más creativas, juegos y dinámicas en familia para manejar su caso particular. No ser repetitivo ni quedarse con las soluciones tradicionales.
- Sorprenderlo con nuevas alternativas de atender a las normas, de pedir lo que quiere, de aceptar los horarios y de manejar su cuerpo y su espacio.
- Ser claro, firme y consistente pero a la vez tranquilo. De la actitud y comportamiento de los padres depende mucho el autocontrol que pueda llegar a tener el niño. Es cierto que esta es la parte más sensible para él porque convivir con estas dificultades resulta en la vida diaria desgastador y altamente exigente, pero una actitud tranquila y con una gran dosis de aceptación marca la diferencia.
- Ver la situación con optimismo y humor.
- Esto permite disminuir en parte la carga emocional que provoca esta actitud de los niños.



## Las sanciones

Todas las sanciones deben tener un fin constructivo, no sólo el de calmar el enojo de los padres; su objetivo es disminuir o eliminar las conductas negativas para reemplazarlas por otras aceptables y positivas que fomenten la cooperación y la responsabilidad. Lo ideal es que las sanciones lleven al niño a reflexionar sobre lo que hizo y a mejorar su comportamiento; no a seguir actuando igual pero a hurtadillas para evitar ser castigado. Por esto las sanciones deben ir acompañadas de un elogio a la actitud positiva.

Las sanciones consisten en retirar un estímulo que es agradable o en imponer algo que no gusta. Para que funcione, debe aplicarse cuando se produce la mala conducta, sin ira y sin utilizarlo como amenaza. Cuando el niño actúa de manera inadecuada, es importante reprenderlo y hacerle entender que no se permitirá hacer aquellas cosas que sabe que son incorrectas. Las sanciones justas y proporcionales con la falta le enseñan a distinguir entre lo que debe hacer y lo que no, a saber a qué atenerse y a tratar de comprender la justicia de una represalia. Deben establecerse según la edad y la conducta que se espera corregir.

## Inteligencia emocional y disciplina

### Las sanciones más usadas

1. **Tiempo fuera**  
El tiempo fuera consiste en apartar al niño de la situación, o sea, de aquello que está ocasionando el problema. Los resultados han demostrado que siempre se produce una disminución de dicho comportamiento. Los tiempos deben ser cortos, dependiendo de la edad del niño. La clave está en retirar algún reforzador positivo o privilegio como, por ejemplo, no dejarlo ver la televisión.
2. **Privar al niño de algo que le gusta**  
Lo ideal es que el castigo sea proporcional a la falta cometida. Privaciones muy largas o exageradas pierden su efecto y sólo generan frustración y resentimiento. La negación, desde el principio, debe hacerse de forma firme y definitiva.
3. **Aplicar consecuencias lógicas**  
Consiste en permitir al niño experimentar de manera natural los efectos de su comportamiento o las consecuencias del incumplimiento de sus deberes, sin necesidad de añadir otro castigo. Ejemplo: si no recoge a tiempo sus juguetes no podrá ver televisión, si no pasa a la mesa a tiempo encontrará su comida fría, etc.
4. **Ignorar ciertos comportamientos inadecuados**  
Consiste en no atender algunos comportamientos del niño que ya se han identificado. Esto, con el propósito de llamar la atención sobre otros a los que de alguna manera el niño se ha habituado a usar para obtener lo que desea. Mantener esta actitud por parte de los padres le muestra al niño que su comportamiento inaceptable no obtiene respuesta positiva. Inicialmente es probable que dicha conducta se vea incrementada pero en la medida en que los adultos se mantengan firmes, ésta comenzará a decrecer. No es conveniente hacerlo con actitudes que pueden lesionar al niño o poner en riesgo su integridad física o emocional.
5. **Ser contundente, directo y sereno**  
Evitar los insultos, los gritos, los sermones y las sanciones de larga duración. Esta actitud no sólo refuerza la autoridad del adulto frente al niño, sino que sugiere al niño, que el adulto espera una respuesta madura y acertada de él, es decir, que no requiere un incisivo llamado de atención para que el niño comprenda, asimile y asuma. Cuando el chico siente que el adulto cree en él y que confía en su capacidad de respuesta, su autoestima se ve fortalecida.



Sobre el castigo es importante tener en cuenta que:

- ❑ Debe utilizarse de manera esporádica y como una herramienta habitual de educación.
- ❑ No debe depender del estado de ánimo, del cansancio, del estrés o del conflicto entre los padres.
- ❑ No debe ir acompañado de regaños, gritos o amenazas.
- ❑ No desistir de su aplicación cuando ya se ha anunciado.
- ❑ No debe causarle al niño un fuerte impacto emocional.
- ❑ Debe ir combinado con el refuerzo de conductas positivas.
- ❑ Debe ser aplicado inmediatamente después de que ocurre la conducta inadecuada.



## Los castigos físicos

Los empujones, golpes, pellizcos o palmadas, tanto como el maltrato verbal, pueden ser efectivos para interrumpir rápidamente una conducta inadecuada coyuntural, pero a largo plazo resulta más perjudicial que beneficioso. El castigo físico promueve la violencia y la hace aceptable al interior del círculo social o del núcleo familiar. No permite aprender qué conducta es tolerable y cuál no lo es ni por qué. Entre las contraindicaciones del castigo físico se encuentra el hecho de que tiende a propiciar cinco factores desventajosos para el carácter y el equilibrio emocional del individuo:

1. Resentimiento: "esto es injusto: no se puede confiar en los adultos".
2. Revancha: "por ahora van ganado pero yo me vengaré".
3. Rebeldía: "haré todo lo contrario de lo que me dicen para demostrarles que no tengo que hacer lo que me ordenan".
4. Retraimiento: "la próxima vez no me pillarán".
5. Reducción de la autoestima: "seguramente soy merecedor de maltrato".

En la adolescencia la imposición, los castigos excesivos y las actitudes rígidas tienden a polarizar al joven en contra de sus padres, disminuyendo las posibilidades de diálogo y entendimiento cordial, tan importantes para abrirse a un mundo nuevo y moverse exitosamente en él.

## Los premios: beneficios y desventajas

Son reconocimientos que se dan a las conductas adecuadas de los niños; las recompensas varían de acuerdo con la edad. Pueden ser materiales, como darles un dulce o un regalo; o sociales, como una sonrisa, una palabra amable, valorar sus cualidades y habilidades.

Es conveniente y positivo elogiarlos cuando se desea motivar un logro real del niño o como una expresión de afecto de parte de los padres. No obstante, los premios no resultan fructíferos cuando se le dan al niño para procurar que se porte bien, es decir, como una sutil forma de chantaje mediante la cual se le comunica al menor que los padres están dispuestos a pagar



## Inteligencia emocional y disciplina

### Las rutinas y los horarios con los más pequeños

Uno de los aspectos más importantes para encauzar toda su energía tiene que ver con la organización habitual del niño, como las horas de comida, la hora de ir a la cama, etc., ya que le permiten regularidad y le proporcionan seguridad. En este momento el niño está en capacidad de comprender las reglas y obedecer mejor las órdenes; por esto es muy importante enseñárselas de manera clara y sencilla y explicar detalladamente por qué un comportamiento no se considera aceptable.

### Dar alternativas y opciones

Una manera de moldear el comportamiento de los niños, especialmente con los pequeños, es ofrecerles opciones permitidas frente a una conducta que es inaceptable en un momento determinado. Los niños no desisten fácilmente cuando quieren algo pero muchas veces puede conducirse a que cambien una cosa por otra similar más apropiada para ellos. Esta

actitud de parte de los padres les pone límites pero al mismo tiempo les ayuda a desarrollar su independencia y sus habilidades para tomar decisiones.

Con cada 'no' que es emitido pueden ser ofrecidas otras posibilidades: "no puedes salir al parque a jugar pero puedo acompañarte a ver tu programa de televisión favorito", "éste es el carro de Andrés y aquí está el tuyo", etc.

### Comprender las acciones de los niños

Mostrar que se comprende y acepta la razón por la cual el niño hace lo que los adultos opinan que está mal, le permite a éste saber que son reconocidos sus deseos, pero al tiempo se le hace caer en cuenta de que los demás también tienen necesidades. Esto le enseña a ver otros puntos de vista y a desarrollar la habilidad para ponerse en el lugar de otras personas. Ejemplo: "estás enojado con tu papá porque estás cansado", "es difícil que uno sea amable cuando no ha dormido", "creo que cuando te despiertes estarás de buen humor".



Es importante tolerar ciertas negativas por parte del niño, igual que toleramos las de nuestros amigos adultos. Ser un poco flexibles y comprender que el niño puede tener razones para negarse a hacer algo, es saludable.

## Anexo 11: Habilidades Sociales Entrenadas en el intervención Individual.

Habilidad Social	Grupo	Sesiones
Escucha Activa.	Habilidades sociales de inicio.	2
Solución de problemas.	Habilidades sociales para enfrentar el estrés.	2 y 3
Iniciar y mantener una conversación.	Habilidades sociales de inicio.	3
Formular una pregunta.	Habilidades sociales de inicio.	4
Presentarse.	Habilidades sociales de inicio.	4
Dar las gracias.	Habilidades sociales de inicio.	4
Conocer los propios sentimientos.	Habilidades sociales para enfrentar los sentimientos.	5
Comprender los sentimientos de los demás.	Habilidades sociales para enfrentar los sentimientos.	5
Hacer respetar sus propios derechos.	Habilidades sociales alternativas a la agresión.	5
Uso del autocontrol emocional.	Habilidades sociales alternativas a la agresión.	6

Tomado de: Modulo: Formación en Habilidades Sociales dentro de un programa Ambulatorio. Fundación PREVER- Convenio OIM.





# Contrato Conductual.

Yo,

---

---

---

---

Me comprometo a:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Considero que lo anterior es importante para

---

---

---

---

Comprendemos que si no lo cumplimos tendremos que

---

---

---

---

Firman \_\_\_\_\_

Firman \_\_\_\_\_

#### Anexo 14: Intervención de auto-control “Técnica de la Tortuga”

### **EL CUENTO DE LA TORTUGA.**

Esta es la historia de una pequeña tortuga a la que le gustaba jugar a solas y con sus amigos. También le gustaba mucho ver la televisión y jugar en la calle, pero no parecía pasárselo muy bien en la escuela.

A esa tortuga le resultaba muy difícil permanecer sentada escuchando a su maestro. Cuando sus compañeros y compañeras de clase le quitaban el lápiz o la empujaban, nuestra tortuguita se enfadaba tanto que no tardaba en pelearse o en insultarles hasta el punto de que luego la excluían de sus juegos.

La tortuguita estaba muy molesta. Estaba furiosa, confundida y triste porque no podía controlarse y no sabía cómo resolver el problema. Cierta día se encontró con una vieja tortuga sabía que tenía trescientos años y vivía al otro lado del pueblo. Entonces le preguntó:

-¿Qué es lo que puedo hacer? La escuela no me gusta. No puedo portarme bien y, por más que lo intento, nunca lo consigo.

Entonces la anciana tortuga le respondió:

-La solución a este problema está en ti misma. Cuando te sientas muy contrariada o enfadada y no puedas controlarte, métete dentro de tu caparazón (encerrar una mano en el puño de la otra y ocultando el pulgar como si fuera la cabeza de una tortuga replegándose en su concha). Ahí dentro podrás calmarte.

Cuando yo me escondo en mi caparazón hago tres cosas:

En primer lugar, me digo – Alto - luego respiro profundamente una o más veces si así lo necesito y, por último, me digo a mi misma cuál es el problema.

A continuación las dos practicaron juntas varias veces hasta que nuestra tortuga dijo que estaba deseando que llegara el momento de volver a clase para probar su eficacia.

Al día siguiente, la tortuguita estaba en clase cuando otro niño empezó a molestarla y, apenas comenzó a sentir el surgimiento de la ira en su interior, que sus manos empezaban a calentarse y que se aceleraba el ritmo de su corazón, recordó lo que le había dicho su vieja amiga, se replegó en su interior, donde podía estar tranquila sin que nadie la molestase y pensó en lo que tenía que hacer. Después de respirar profundamente varias veces, salió nuevamente de su caparazón y vio que su maestro estaba sonriéndole.

Nuestra tortuga practicó una y otra vez. A veces lo conseguía y otras no, pero, poco a poco, el hecho de replegarse dentro de su concha fue ayudándole a controlarse. Ahora que ya ha aprendido tiene más amigos y amigas y disfruta mucho yendo a la escuela.

# La técnica de la tortuga

1. Reconoce tus emociones

2. Piensa y para

3. Métete en tu caparazón y respira

4. Sal de tu caparazón y piensa una solución



Anexo 15: Seguimiento del contrato conductual.

## Seguimiento del cumplimiento del contrato.

Conducta	Día	Semana 1	Semana 2	Semana 3
	Lunes			
	Martes			
	Miércoles			
	Jueves			
	Viernes			

Anexo 16: Estudio de caso.

Motivo de Consulta:

“Mi nieta no me hace caso, no acata llamados de atención, es una niña muy desordenada, cuando se le corrige algo hace todo lo contrario solo para llevar la contraria siempre ha sido demasiado hiperactiva desde los cuatros años y necia.

Genograma:

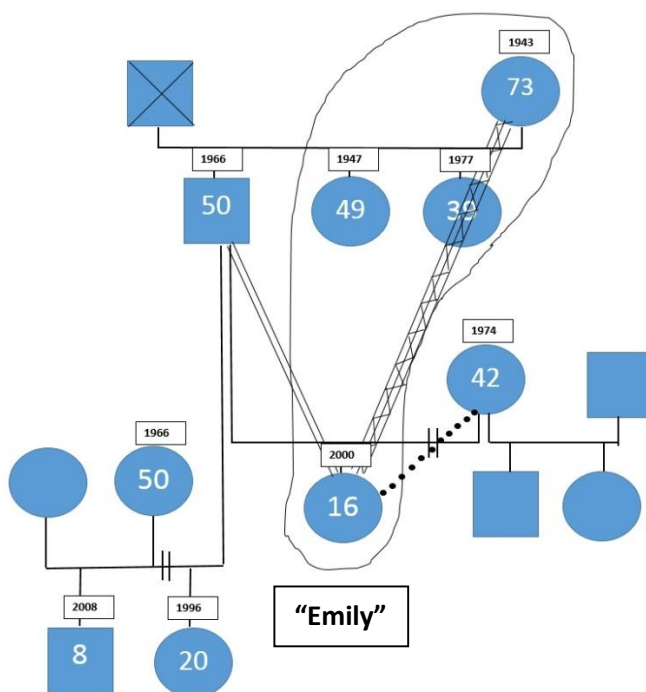


Tabla 12:

*Núcleo familiar que actualmente convive con la paciente.*

Familiar	Edad	Ocupación	Tipo de familia
	73	Ama de casa.	Aislada
	49	Enfermera.	Aislada
	39	Comerciante.	Aislada

### Descripción de la Familia.

La familia de origen de Emily está compuesta por su madre de 42 años y su padre de 50 años quienes nunca convivieron y por el contrario han mantenido una relación de conflicto constante entre ellos, ambos padres ha establecido diferentes relaciones de pareja en las cuales hay más hijos, los hermanos de Emily han establecido una relación lejana con ella, la abuela de Emily menciona “la menor fue abandonada desde los cuatro años por su madre a causa de una nueva relación sentimental, haciéndose cargo ella del cuidado y educación de emily”

Por otra parte la relación de Emily con su madre es distante, con su padre por el contrario es más cercana en vista de que la llame constantemente y ocasionalmente comparte con ella actividades de ocio él actualmente se encuentra viviendo en el municipio de Barrancabermeja debido a su trabajo.

Finalmente al indagar sobre redes de apoyo a nivel familiar se identifica que la única red de apoyo constante a nivel de cuidado y protección actualmente es la abuela de Emily quién es también su única figura de autoridad.

### Análisis Sincrónico (Estado Actual)

Se comienza a observar a lo largo de la fase de evaluación y diagnóstico conductas asociadas a dispersión y desatención constante, por otra parte a nivel de aceptación de normas se identifican conductas y obsesivas desafiantes manifestadas con agresividad activa y pasiva.

Por otra parte presenta conductas impulsivas y obsesivas con la comida es decir, presenta ingesta de grandes cantidades de alimentos constantemente sin importar que ya haya comido. En cuanto a sus relaciones interpersonales con pares específicamente con el género opuesto no logra establecer una comprensión de lo que es una relación de

socialización y amistad funcional. Actualmente estas problemáticas antes mencionadas lleva a la consultante a recibir tratamiento intramural y farmacológico (Fluoxetina 20 Mg y Quetedin 50 Mg). Actualmente se encuentra desescolarizada, al indagar por medio de una entrevista con la paciente su situación actual ella reconoce la causa de su estancia en la institución refiriendo “sufrir de nervios”.

#### Análisis Diacrónico (Antes del Problema)

Infancia: Inicia conductas disfuncionales a la edad de los 4 años, durante esta primera etapa su familia no logra ser una red de apoyo y cuidado para la paciente, así mismo la crianza que recibió fue permisiva, hubo ausencia paterna y abandono materno, durante la infancia inicia tratamiento a nivel de intervención interdisciplinaria.

Adolescencia: La abuela de la joven manifiesta que durante esta etapa se aumentaron las conductas desafiantes y opositoras, presentó episodios significativos de agresividad que generaron vulnerabilidad física para su cuidadora teniendo en cuenta que es una adulta mayor, ha estado escolarizada bajo inclusión con acompañamiento psicopedagógico.

#### Anamnesis.

##### Fases del Desarrollo:

##### Prenatal:

Durante la visita domiciliar con la abuela de la menor ella no da información precisa y detallada del desarrollo gestacional de Emily sin embargo, menciona que durante el embarazo la madre no tuvo enfermedades psicológicas o médicas, también refiere que no se consumieron sustancias psicoactivas durante el mismo y tuvo todos los controles prenatales pertinentes a nivel médico.

#### Perinatales:

La abuela de Emily expresa que el parto de la madre de la joven fue por Cesárea y fue un parto a término fijo de 38 semanas exactamente, la madre de Emily la tuvo a los 20 años también manifiesta que no recuerda el peso o talla, refiere que nace sin ninguna complicación médica, así mismo expone que la adolescente tomó leche materna y tuvo todos los controles médicos neonatales.

#### Desarrollo Posnatal

##### Primera Infancia:

La menor inicio a tener conductas desadaptativas en el contexto escolar a la edad de los 4 años ya que sus comportamientos eran hiperactivos, dispersos lo que la llevaron a tener dificultades a nivel de aprendizaje inicialmente en lecto-escritura, se identifica dificultad para focalizar atención, esta situación particular llevo a que la joven fuera diagnosticada inicialmente con retardo mental moderado y déficit de atención con hiperactividad. Por otra parte desde los 5 años según lo manifestado por su abuela también inicio a presentar conductas desafiantes y agresivas ante figuras de autoridad, realizando pataletas constantes acompañadas de gritos, llanto, y patadas cuando se le decía que no ante una petición o se le colocaban normas, ante esta situación la abuela optaba por acceder y aceptar las conductas de Emily como alternativa de evasión ante el afrontamiento de conflictos familiares que se generaban a causa del comportamiento de la adolescente.

##### Infancia Intermedia:

Durante esta etapa la menor se mantiene estable, estuvo escolarizada en instituciones educativas con necesidades especiales donde su desarrollo académico mejoró y evolucionó a pesar de su diagnóstico médico, también recibe tratamiento farmacológico y por parte de

especialistas como terapia ocupacional, fonoaudiología y acompañamiento pedagógico sin embargo, las conductas desafiantes, hiperactivas, impulsivas y agresivas se mantienen en el hogar, la crianza que tuvo la adolescente durante esta etapa sigue siendo permisiva por parte de la figura de autoridad, a nivel emocional presenta ausencia paterna y materna manteniendo una relación lejana con cada padre. Durante esta etapa Emily vive un tiempo con su madre sin embargo, la crianza y cuidado de esta es negligente por otra parte, la abuela manifiesta que por tal motivo la joven vuelve a vivir con ella y reinicia su proceso terapéutico a nivel interdisciplinario.

Adolescencia:

Durante esta etapa la menor aumenta significativamente sus comportamientos de desafío de autoridad lo que hace que durante un episodio de crisis familiar la menor agrede significativamente (Agresión Física) a su cuidadora (Abuela paterna) lo que llevo a su internamiento de la joven en la clínica Psiquiátrica Isnor inicialmente y posteriormente el internamiento en Elogios debido a sus conductas agresivas en el sistema familiar lo que representa un factor de riesgo para su cuidadora teniendo en cuenta que es una adulta mayor.

#### Aspectos del Desarrollo

Desarrollo Físico: No se identifica ninguna alteración en esta fase, no se sabe en qué tiempo camino sin embargo, gateo a los seis meses no se presentaron dificultades en cuanto al desarrollo de la motricidad fina o gruesa.

Desarrollo Motor y Autonomía Funcional: En esta etapa la menor presentó dificultades para controlar esfínteres ya que se orina en la cama hasta la edad de los 11 años, por otra parte a nivel de hábitos de autocuidado e higiene personal siempre se mantuvo descuidada

inicialmente, actualmente ha mejorado sus hábitos de higiene sin embargo, ha generado conductas obsesivas con los útiles de aseo malgastándolos. A nivel de modales en la mesa, siempre ha tenido buenos modales a la hora de comer a pesar de ello, tiende a comer en exceso y compulsivamente especialmente cuando está en el hogar, infiriendo a nivel evaluativo una posible ansiedad por parte de Emily en este contexto a causa de ausencia en cuanto a una rutina durante su estancia en su sistema familiar.

**Desarrollo del Lenguaje:** A nivel de producción de lenguaje presentó dificultades a la hora de la articulación de ciertos fonemas, recibió valoración Fonoaudiológica y terapia de lenguaje desde muy pequeña, la comunicación en la primera infancia fue incoherente y limitada careciendo en ocasiones de acción comunicativa.

**Desarrollo Cognitivo:** Presento dificultades desde los cuatro años inicialmente en cuanto al desarrollo académico especialmente en el aprendizaje lecto-escritor, por otra parte desde los cuatro años presentó conductas hiperactivas y dispersas lo que obstaculizaba su adaptación en el contexto escolar.

**Desarrollo Psicosexual:** La menor inicia curiosidad sexual desde los cuatro años, inicia masturbación a esa edad con objetos de aseo personal como jabón o desodorante según lo reportado por la abuela.

**Desarrollo Social:** En esta etapa la menor no ha tenido dificultades, durante su desarrollo escolar ha logrado socializar con pares, a nivel de juego compartido también ha logrado integrarse en cuanto a actividades lúdicas y recreativas manifestando participación, respeto de turnos, contacto visual y sonrisa social con sus pares.

**Desarrollo Emocional:** Emily a nivel emocional ha presentado ausencia de autocontrol ante emociones como la rabia y la ira, por otra parte ha tenido carencia en cuanto a estrategias de

afrontamiento y habilidades sociales, lo que la ha llevado a tener crisis de agresividad en ocasiones con pares pero inicialmente con figuras de autoridad en el hogar.

Desarrollo Escolar: Ha sido escolarizada en instituciones de inclusión donde ha logrado desarrollar una adaptación funcional con acompañamiento constante e intervenciones por parte de terapia ocupacional y pedagogía especial.

#### Antecedentes médicos

A nivel familiar actualmente la abuela de la menor presenta hipotiroidismo, así mismo algunos tíos paternos han desarrollado Cáncer, y primos tanto paternos como maternos se han enfermado por diabetes.

#### Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos

Los padres de Emily no han sufrido de enfermedades mentales o psicológicas, sin embargo cabe rescatar que la madre de la paciente a nivel interpersonal, ha sido inestable en sus relaciones de pareja y toma de decisiones y proyecto de vida laboral, familiar y social.

En cuanto a los hermanos la abuela de Emily menciona que ellos han sido inquietos e hiperactivos en el contexto escolar afectándose el desarrollo académico a nivel de desempeño y convivencia.

#### Examen mental

1. Aspecto y actitud general
2. Paciente de 15 años que a lo largo de la exploración psicológica se manifiesta colaborador, pero en un estado ansioso de dispersión e inquietud.
3. Porte y actitud: Su actitud es tranquila, mantiene contacto visual durante la entrevista, llega en estado de alerta, manifiesta verbalmente su gusto por estar en la

institución y lo mucho que extraña a su familia, sus mascotas y sus amigos en el antiguo colegio.

4. Conciencia: Generalmente se encuentra lúcida, a nivel de conciencia y al explorar porque se encuentra en la Institución logra identificar que sufre de alguna enfermedad o trastorno mental sin embargo ella lo denomina como: “Yo estoy aquí porque sufro de los nervios”
5. Atención: Generalmente esta distraída y dispersa, se es necesario llamar su atención para finalizar alguna actividad.
6. Orientación: No está comprometida. Pleno conocimiento de la ubicación en el tiempo y el espacio.
7. Sensopercepción: No se evidencia alteración sensoperceptiva.
8. Conducta motora: El consultante no evidencia alteraciones de la conación o en la ejecución de los actos.
9. Afectividad: La consultante se muestra afectiva y cordial, no se identifica frustración en el momento de la exploración clínica.
10. Pensamiento: El consultante presenta verbalizaciones y pensamientos constantes frente al hecho de su abuso sexual, sin embargo no se logra identificar afectación emocional actualmente ante ese hecho, así mismo muestra gran interés por el tema del noviazgo.
11. Insight y juicio: La consultante a nivel de juicio presenta alteraciones significativas teniendo en cuenta su retardo mental y conductas oposicionistas lo que la lleva a tener conductas desadaptativas en algunas áreas en su diario vivir como la convivencia en el hogar

## Formulación Clínica

### Resumen Del Caso:

Paciente de 16 años de edad quien actualmente se mantiene en tratamiento intramural en la Fundación Elogios a causa de una crisis de comportamiento donde agrede significativamente a nivel físico a su cuidadora, tiene intervención farmacológica e interdisciplinaria. Sus conductas problema actualmente refieren a la incapacidad de aceptar normas por parte de figuras de autoridad en el hogar llevándola a comportarse de manera desafiante, opositora y agresiva, en la institución ha tenido evolución a nivel de hábitos de autocuidado, ha logrado socializar asertivamente con pares, se ha mostrado colaboradora y líder en algunas actividades, a nivel escolar ha mejorado en su comprensión lecto-escritora, sigue presentando conductas dispersas e hiperactivas, Finalmente según lo reportado por personal de la institución Emily en ocasiones dice mentiras para obtener ganancias secundarias.

Pronóstico: FAVORABLE.

Porque ante la evolución que ha tenido en algunas áreas como autocuidado y convivencia con pares, sigue manteniendo conductas desafiantes que son riesgo para su cuidadora, y sigue manteniendo conductas con objetivo de llamar la atención y conseguir beneficios secundarios.

### Desencadenante de la enfermedad:

En cuanto al trastorno Desafiante Opositora, la ausencia de figura de autoridad constante en la menor, falta de vínculos afectivos cercanos a nivel paternal, y finalmente crianza de tipo permisivo a nivel de disciplina.

Precipitador:

Situaciones nuevas e inesperadas en el hogar y en la Institución donde reside en las que se imponen nuevas reglas y exigencias.

Identificación de Principales Problemas:

1. Incapacidad para seguir normas y llamados de atención por parte de figuras de autoridad en el hogar.
2. Dificultad para focalizar totalmente la atención en el momento de realizar una actividad que demande mucho tiempo.
3. Conductas agresivas, desafiantes y opositoras que afectan la convivencia en el hogar.
4. Presenta reacciones impulsivas.
5. Conductas ansiosas ante la comida.
6. Uso de la mentira para obtener beneficios secundarios.
7. Uso de comportamientos usados para llamar la atención del mismo género y del género opuesto.

Mantenimiento de las conductas problema.

1. Conductas permisivas a nivel de autoridad por parte de la abuela de la joven.
2. Llegada de personas nuevas tanto cuidadores como pacientes a la institución donde reside y recibe tratamiento.
3. Exposición de límites en el hogar y la institución.
4. Ausencia de otros familiares que representen para ella una red de apoyo fundamental en cuanto a vínculo afectivo.
5. Ausencia de una figura de autoridad en el hogar.
6. Ausencia de normas claras en el hogar.

7. Falta de tolerancia a la frustración ante eventos, situaciones o actividades que no salen como ella espera y de las cuales no tiene control.

**Hipótesis de Diagnóstico:** Se infiere como diagnóstico principal con base en la observación inicial en consulta de Emily y en los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación aplicados discapacidad intelectual leve con criterios del trastorno desafiante oposicionista ya que cumplen con criterios diagnósticos en sintomatología y presencia de la misma en tiempo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)

Plan de Intervención.

**Objetivos terapéuticos.**

- Reducir conductas agresivas y desafiantes en el hogar donde recibe tratamiento intramural.
- Desarrollar y fortalecer en la adolescente habilidades sociales y estrategias de afrontamiento asociadas al autocontrol emocional.
- Fortalecer recursos personales en la adolescente asociados al autocuidado, la autoestima y el autoconcepto.
- Psicoeducar y entrenar a padres o cuidadores en habilidades paternas y fortalecimiento del vínculo afectivo.
- Entrenar a padres y cuidadores en el uso de técnicas de modificación de conductas como: manejo de contingencias, principio de premark, contrato conductual en el hogar, y economía de fichas.

**Plan de Tratamiento:**

En plan de tratamiento está compuesto por 17 sesiones, 9 dirigidas al sistema familiar cuidador y 8 a la paciente, cada sesión durara una hora y 15 minutos y están basadas en modelo cognitivo conductual, específicamente en el entrenamiento de habilidades paternas acompañado de técnicas de modificación de conducta en el hogar como (Contrato conductual y uso de economía de fichas) y de habilidades sociales a nivel individual con la

paciente.

