

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN NIÑO, CON PROBLEMAS DE CONDUCTA,
DETERIORO EN LAS HABILIDADES SOCIALES E INADECUADOS ESTILOS DE
CRIANZA, DEL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA DE BUCARAMANGA –
SANTANDER.**

LEIDY PAOLA BUENO HERRERA

SUPERVISORA

PAOLA XIMENA SANTOS URIBE



ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

FLORIDABLANCA

2016

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN NIÑO, CON PROBLEMAS DE CONDUCTA,
DETERIORO EN LAS HABILIDADES SOCIALES E INADECUADOS ESTILOS DE
CRIANZA, DEL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA DE BUCARAMANGA –
SANTANDER.**

LEIDY PAOLA BUENO HERRERA

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

Supervisora

PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

Especialista en Psicología Clínica

Maestranda en Educación

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Floridablanca

Septiembre, 2016

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
ABSTRACT.....	6
Introducción	7
Metodología	19
Población.....	19
Muestra	19
Instrumentos.....	21
Procedimiento	23
Intervención de los casos atendidos en general	23
Intervención del estudio de caso	24
Objetivos terapéuticos.....	27
Resultados	27
Resultados de la intervención terapéutica	27
Discusión.....	45
Recomendaciones	48
Referencias.....	49
Anexos	52
Anexo 1. Totalidad de casos clínicos atendidos	52
Anexo 2. Consentimiento Informado.....	57
Anexo 3. Historia clínica del Instituto de Familia y Vida UPB.....	58
Anexo 4. Cuestionario de Auto - Control Infantil y Adolescente CACIA	67
Anexo 5. Escala de Habilidades Sociales EHS.....	71
Anexo 6. Inventario de Adaptación de Conducta IAC	73

Anexo 7. Formulación de caso clínico.....	78
Anexo 8. Descripción de las sesiones del proceso terapéutico de C.L.	91

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO – CONDUCTUAL EN UN NIÑO, CON PROBLEMAS DE CONDUCTA, DETERIORO EN LAS HABILIDADES SOCIALES E INADECUADOS ESTILOS DE CRIANZA, DEL INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA DE BUCARAMANGA – SANTANDER.

AUTOR(ES): LEIDY PAOLA BUENO HERRERA

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

RESUMEN

En la presente monografía se ostenta el estudio de un caso clínico abarcado desde el modelo cognitivo – conductual, llevado a cabo en las prácticas de la Especialización en Psicología Clínica, la cual se realizó en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Bucaramanga - Santander. El objetivo de la práctica se basó en realizar atenciones psicológicas donde hubo dos fases: evaluación e intervención de las diferentes problemáticas que llegaban a consulta. En su totalidad fueron 14 casos clínicos, algunos de ellos con motivos de consulta asociados a problemas de bajo rendimiento académico, conductas disruptivas en colegio – casa y por otro lado violencia intrafamiliar. El caso seleccionado corresponde a un niño de 11 años de edad, con problemas de conducta, irrespeto a las figuras de autoridad y afectación en el rendimiento académico. Asimismo se eligió a partir de un proceso completo de evaluación psicológica. Las sesiones se realizaron en modalidad de consulta individual, siempre en el espacio de consultorio, tanto a la madre como al hijo, y se da a conocer toda la información de ellos, detallando el proceso de evaluación e intervención y sus resultados. Asimismo se especifican las técnicas ejecutadas en el proceso, las cuales fueron aprendidas durante el transcurso de la formación académica, también se describe el cumplimiento de los objetivos trazados al inicio del proceso terapéutico.

PALABRAS CLAVES:

Evaluación, intervención, conductas disruptivas, bajo rendimiento académico, figuras de autoridad.

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL EVALUATION AND INTERVENTION APPROACH FROM THE COGNITIVE - BEHAVIORAL IN A CHILD WITH PROBLEMS OF CONDUCT, DETERIORATION IN SOCIAL SKILLS AND INADEQUATE PARENTING STYLES, THE INSTITUTE OF FAMILY AND LIFE OF BUCARAMANGA - SANTANDER.

AUTHOR(S): LEIDY PAOLA BUENO HERRERA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAOLA XIMENA SANTOS URIBE

ABSTRACT

This monograph, present the study of a clinical case ranged from cognitive-behavioral model, carried out in practice of Specialization in Clinical Psychology, which was held at the Institute of Family and Life of the Pontificia Bolivarian University of Bucaramanga - Santander. The purpose of the practice was based on conduct psychological care where there were two phases: assessment and intervention of the various problems that came to see. In full were 14 clinical cases, some with motifs associated consultation underachievement problems, disruptive behavior in school - house and on the other side domestic violence. The case selected for this work was chosen from the different variables as appropriate psychological evaluation, good therapeutic relationship, attending all scheduled sessions, information provided to the problems and background, commitment to the therapeutic process. It added that corresponds to an 11-year-old with behavioral problems, lack of respect for authority figures and involvement in academic performance. The sessions were conducted in form of individual consultation, always in the office space, both mother and son, and disclosed all information from them, detailing the assessment and intervention process and its results. Also techniques executed in the process is specified, which were learned during the course of academic training, compliance paths at the beginning of the therapeutic process objectives are also described.

KEYWORDS:

evaluation, intervention, disruptive behavior, poor academic performance, authority figures.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La condición humana se ve afectada e influenciada por múltiples factores, es así como el aspecto social, cultural, familiar, emocional y educativo puede llegar a fortalecer o torpedear las actitudes y maneras que el ser humano tiene para desarrollar y promoverse en su arquitectónica del ser en cuanto a proceso identitario, volitivo y axiológico.

A su vez, el comportamiento humano siempre ha sido digno de estudio, análisis, crítica e interpretaciones; que de una u otra manera llevan a disciplinas como la antropología, la sociología, la psicología y la biología a inmiscuirse en ese mundo en ocasiones ignoto como lo es la mente, el alma, el espíritu, el multifacetismo y la pluridimensionalidad actitudinal.

Si bien, no existe práctica social sin un conjunto de reglas, no existe acuerdos sin reglas determinantes, no hay protocolos de pre-acuerdos sin tratados o alianzas que permitan acercar las partes; en la estructura socio-familiar aparecen las mismas circunstancias, pero con el atenuante que cada hogar tiene una propuesta personal-individual, la cual personaliza dichos acuerdos requiriendo un grado de interpretación concreta; permitiendo la descripción, reflexión y comprensión de la problemática socio-comportamental familiar.

Más aún, la mentalidad, el pensamiento, el ser y la conciencia del ser humano tiene múltiples manifestaciones y reacciones; la familia no se escapa a tales predicamentos, por tal motivo cada familia tiene gestos, apreciaciones, actitudes y formas que la delinear y la hacen práctica en el mundo social. Cada familia es un mundo abierto y trascendente que conforma la sociedad, siendo su tarea desarrollar una cultura de la familia en valores concretos, con una moralidad específica.

Además, la estructura de la familia maneja varios tipos de lenguaje: Lenguaje de las emociones, el cual es impreciso, el de la racionalidad que puede llegar a ser preciso, concreto, real, exacto, verídico y lógico; el lenguaje mental que se basa en la abstracción, la inducción, la imaginación o procesos míticos; el lenguaje ético que puede ser radical, laxo, imperativo, categórico, contundente, histórico, intencional, propositivo; el lenguaje social que es vivencial, operacional, experimental, cotidiano, historicista o mediático.

Esto conlleva al reforzamiento del valor de la vida, la libertad, los derechos, la dignidad en la estructura óptica de la familia.

De manera que, la familia es el lugar de aprendizaje continuo, ella es reminiscencia, actualidad, vivencias, estimulaciones y determinaciones; por tal motivo es maleable, pero tiene el deber de configurar la sociedad, el comportamiento de sus miembros y ser el faro de la autoridad, la disciplina y la obediencia.

Además, según Leonor Jaramillo (2007), expone a la familia como el primer mundo social que encuentra el niño y la niña, donde por medio de este agente se los introduce en las relaciones íntimas y personales, asimismo se les van proporcionando sus primeras experiencias, como la de ser tratados como diferentes individuos. También, manifiesta que toda experiencia social que los niños y niñas vivencien dentro el hogar, son base fundamental para la formación de la personalidad, es así como la familia se vuelve en el ente responsable del proceso de transmisión cultural inicial, jugando un papel importante, donde introduce a sus miembros en las diferentes normas, pautas y valores que a futuro le permitirá vivir en sociedad. Por tanto, en el núcleo familiar es donde se aprende por primera vez los tipos de conductas y actitudes socialmente aceptables y apropiadas.

Al respecto Jerome M. Sattler y Robert D. Hoge (2008) manifiestan a algunas fuerzas dentro del hogar como papel importante para el desarrollo de la personalidad, el temperamento y la inteligencia de los niños, estos son: la estimulación en el hogar, el tipo de régimen de castigos, presencia de factores de riesgo en la familia y un ambiente intelectual en el hogar.

Por otra parte, Leonor Jaramillo (2007) explica como una necesidad de los seres humanos, en especial de los niños y niñas, es tener las condiciones donde tenga la oportunidad de relacionarse con otros de su misma edad y mayores, donde se les brinde la oportunidad de experimentar situaciones y sentimientos que le den sentido a su vida y de esta manera reencontrar y reconstruir el sentido como experiencia vivida y percibida. Al mismo tiempo, a la concepción de infancia, se le debe dar importancia y reconocer su carácter de conciencia social, porque ella transita entre agentes socializadores, donde la familia es el primer agente socializador y la escuela como segundo agente.

Mas aún, Bornstein y Bornstein (2007), establecen que el ser humano, durante sus primeros años de vida, siendo este un periodo único en el desarrollo del mismo, son guiados con dependencia por sus figuras paternas hasta las primeras etapas de autonomía, y son estos estilos de crianza que puedes tener efectos inmediatos o duraderos, influyendo así en el funcionamiento de las diferentes áreas sociales. De manera que Skinner y Welbom (1994), citado por Richaud (2005), constituyen que la forma de interacción de los niños con sus padres, tienen relación con la habilidad de afrontar las diferentes amenazas que se puedan presentar. Por otro lado, Sandler, Wolchick, MacKinnon, Ayers y Roosa, (1997), citado por (Richaud, 2005), definen que una buena adaptación y reducción de efectos negativos de los estresores sobre la salud mental, se relaciona con el grado de apoyo que tienen los padres hacia con sus hijos, generando asimismo aumento en la autoestima, integración social, percepción de control y efectividad frente al

afrontamiento de problemas. Así, los chicos y chicas que perciben más afecto en sus padres, y se comunican mejor con ellos, muestran un mejor desarrollo psicosocial, un mayor bienestar emocional y un mejor ajuste conductual (Collins y Laursen, 2004; Galambos, Barker y Almeida, 2003; Gray y Steinberg 1999; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004), citado por, Oliva, Parra, Sánchez y López (2007).

A su vez, Belsky, Bell, Bradley, Stallard y Stewart-Brown, 2006; Giles-Sims y Lockhart, 2005, citado por López, Fernández, Vives y Rodríguez (2012) enfatizan otra serie de factores que intervienen y modulan la relación entre padres e hijos, siendo estos los factores de tipo ambiental como: la cultura, el estatus socioeconómico o el nivel educativo de los padres. Asimismo López et al. (2012) señalan que sistemáticamente la forma de comportarse de los padres con sus hijos está directamente relacionada con el temperamento del niño en general y con la “emocionalidad negativa” en particular. También Borke et al., 2007; Calzada, Eyberg, Rich y Querido, 2004; Chuang y Tamis-LeMonda, 2009, citado por López et al. (2012), manifiesta un segundo grupo de factores es el relativo a los padres, como: sexo, experiencia previa como hijos y como padres, características de personalidad, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y la educación y expectativas de logro que tiene puestas en sus hijos.

Por último, Shaw, Owens, Giovannelli y Winslow, 2001, citado por López et al. (2012), exponen un tercer grupo de variables, estas relacionadas con la situación en la que se lleva a cabo la interacción entre los padres y sus hijos: estructura familiar, características físicas de la vivienda y contexto histórico. Además, la conducta de los padres hacia los hijos parece tener una influencia relativa el número de adultos y niños, la educación de la madre, los ingresos familiares y las percepciones de los padres sobre sus propias conductas en crianza de sus hijos.

En cuanto a Pérez y Fox, 2008; Yasui y Dishion, 2007, citado por López (2012) explica que todas las culturas tiene en común la expectativa de que las familias deben mostrar cierta eficacia a la hora de criar y educar a sus hijos, al igual que integrarlos con éxito en su marco sociocultural de relaciones.

Por otra parte, el estudio de Zwirs, Burger, Buitelaar y Schulp, 2006, citado por López (2012) “ha concluido que tanto una ausencia de control como una excesiva supervisión y protección de los niños pueden dar lugar a conductas disruptivas en distintos períodos evolutivos, aunque con diferencias significativas en función de variables tales como la etnicidad”. En definitiva, el castigo que los padres utilizan hacia sus hijos, se asocian a una mayor expresión de afecto negativo, mayor frecuencia de conductas externalizantes. Sumando las formas autónomas que utilizan las madres para tranquilizar a sus hijos (ejemplo: la distracción atencional). Es así como se asume que los patrones educativos de los padres producirán determinadas consecuencias evolutivas para el ajuste socioemocional de sus hijos.

En relación con las diferentes dimensiones que tienen los factores que afectan el desarrollo de los niños, se identifica como importante la influencia de la familia y los estilos de pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, la identificación de factores de riesgo y problemas de salud mental en la infancia, como: la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras. También, los cambios que se presentan en las familias, en las interacciones y pautas de crianza, llegan a afectar los estilos parentales y del desarrollo socioafectivo en la infancia (Martínez, 2009).

Además, Pons- Salvador, Cerezo & Bernabé, 2005, citado por Martínez (2009), “identificaron factores asociados a los cambios que afectan negativamente la parentalidad, como

los antecedentes de castigo en la madre, la baja satisfacción materna y la percepción negativa del bebé entre otros” convirtiéndose en factores de riesgo tanto para maltrato como alteraciones emocionales. Mientras tanto, Henao, Ramírez & Ramírez, 2007, citado por Martínez (2009) se plantea la importancia que tienen las familias a la hora de la socialización y desarrollo durante la infancia, la combinación de costumbres y hábitos de crianza de los padres, la sensibilización hacia las necesidades de sus hijos, la aceptación de su individualidad, son la base para regular el comportamiento de sus hijos. Agregando que la comunicación es importancia en las pautas de crianza.

Así, por ejemplo “Los estilos autoritarios y castigadores generan un desarrollo emocional disfuncional y deficitario en estrategias y competencias emocionales para la adaptación en distintos contextos a lo largo de la vida” En cambio, “La familia y las pautas de crianza adecuadas facilitan el desarrollo de habilidades sociales y de conductas prosociales en la infancia, por lo cual es importante brindar sensibilización y orientación” (Martínez, 2009). Además, Richard de Minzi, 2005, citado por Martínez (2009), encontró: las familias democráticas, promueven afrontamientos adaptativos y protectores frente a la depresión y la soledad; las familias autoritarias, generan inseguridad, evitación de problemas, afrontamientos desadaptativos y depresión.

Considerando que, la influencia de las familias, los estilos y pautas de crianza, pueden llegar a generar diversas dificultades en los niños, cabe exponer los diferentes problemas de conducta o trastornos que estos pueden desarrollar.

Para empezar, Meléndez y Navarro, 2009; Valero y Ruiz, 2003, citado por Iñiguez (2014), indican que los problemas de conducta son uno de las principales quejas por las cuales

los padres acuden a consulta.

“Por otro lado existen problemas conductuales como la desobediencia, que sin ser un trastorno diagnóstico según los principales manuales clasificatorios diagnósticos, es un problema frecuente que requiere de intervención” (Iñiguez, 2014).

Larroy (2007), citado por Iñiguez (2014) divide la desobediencia en 4 formas distintas: 1. El adulto da una orden y el niño no la cumple pasado un tiempo determinado (20 segundos); 2. El adulto pide al niño que deje de hacer una conducta y el niño no deja de hacerla en un tiempo determinado (20 segundos); 3. El niño realiza conductas que están implícitamente prohibidas (ejemplo: jugar al balón en el salón); 4. El niño no realiza conductas que son implícitamente obligatorias (ejemplo: lavarse los dientes después de comer).

En segundo lugar, aparecen en la infancia y la adolescencia, los trastornos de la conducta disruptiva (TCD), que al igual a los problemas conductuales constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica (De la Peña y Palacios, 2011).

Entre los trastornos clínicos de inicio en la infancia encontramos el Trastorno Negativista Desafiante, De la Peña y Palacios (2011) señalan que se caracteriza por la manifestación de un patrón de conducta hostil, de preferencia la autoridad. Genera deterioro en el funcionamiento de al menos dos áreas: la escuela, el hogar o los amigos.

Rizo (2014) expone “No resulta extraño encontrar conductas desafiantes a lo largo del ciclo evolutivo normal de cualquier niño” pero, hay casos donde esta conducta es perseverante en el tiempo y presenta una magnitud o forma que no se corresponde con lo considerado normal.

Ahora veamos, según el DSM IV – TR, el trastorno negativista desafiante se encuentra dentro de los trastornos de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia. Los criterios para el diagnóstico son:

“La característica esencial del trastorno negativista desafiante es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses (Criterio A) y se caracteriza por la frecuente aparición de por lo menos 4 de los siguientes comportamientos: accesos de cólera (Criterio A1), discusiones con adultos (Criterio A2), desafiar activamente o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos (Criterio A3), llevar a cabo deliberadamente actos que molestarán a otras personas (Criterio A4), acusar a otros de sus propios errores o problemas de comportamiento (Criterio A5), ser quisquilloso o sentirse fácilmente molestado por otros (Criterio A6), mostrarse iracundo y resentido (Criterio A7), o ser rencoroso o vengativo (Criterio A8). Para calificar el trastorno negativista desafiante, los comportamientos deben aparecer con más frecuencia de la típicamente observada en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables, y deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral (Criterio B). No se establece el diagnóstico si el trastorno de comportamiento aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo (Criterio C), o si se cumplen criterios de trastorno disocial o de trastorno antisocial de la personalidad (en un sujeto mayor de 18 años).”

(p. 115)

Por otra parte, Hernández y Barrau (2012) presentan la prevalencia de los trastornos del comportamiento en niños en edades comprendidas entre los 5 y 10 años, fluctúa entre el 4,8% y el 7,4% y entre el 2,1% y el 3,2% para niñas. Para los trastornos de la conducta en adolescentes, varía entre un 1,5% y un 3,4% la prevalencia.

Examinaremos brevemente ahora, la prevalencia del trastorno negativista desafiante

(TND), el cual es del 5,6% (IC 95%: 4,2-7%). Prevalencia: género masculino = 6,8%; femenino = 4,3%; educación secundaria = 6,2%; educación primaria = 5,3%. No existen diferencias significativas en función del sexo, edad, tipo de centro, ni por zona sociodemográfica. También, los casos de TND presentan peores resultados académicos (lectura, matemática y expresión escrita) peor conducta en clase (relación con compañeros, respeto a las normas, destrezas de organización, realización de tareas académicas e interrupción de la clase) (López, De llano, Molinero, Garrido, Sacristán, Martínez, Alberola y Sánchez, 2014).

El siguiente aspecto trata de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) la cual puede ser utilizada en los diferentes trastornos del comportamiento, en este caso el Trastorno negativista desafiante (TND).

“La TCC se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos” (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Según Ruiz et al. (2012) la TCC agrupa diferentes técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy diversos, para el tratamiento de los diferentes problemas y trastornos psicológicos que pueden afectar al individuo en su interacción con el contexto, también para el desarrollo y optimización de las potencialidades y habilidades del individuo, favoreciendo así su adaptación al entorno y el incremento de la calidad de vida.

Las principales características de la TCC son: 1) actualmente parte de sus intervenciones están fundamentadas en la psicología científica, que pretende ser su punto de referencia; 2) Las técnicas y procedimientos utilizados en TCC cuentan con base científica o experimental, también una proporción de los procedimientos utilizados surgen de la experiencia clínica; 3) El objeto del

tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional); 4) El objetivo de la intervención es el cambio de conducta, lo cognitivo y emocional, modificando o eliminando la conducta desadaptativa y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen; 5) La TCC, tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones (Ruiz et al., 2012).

Ademas, “la Terapia Cognitivo – Conductual posee cuatro pilares teoricos básicos” (Minici, Rivadeneira, Dahab; 2001, p 1). Estos cuatro hace referencia; 1) Aprendizaje clásico con Ivan Pavlov, a quien le pertenece el condicionamiento clásico, el cual se basa en un proceso donde los organismos logran tener un aprendizaje de relaciones predictivas entre los estímulos del ambiente. Como segundo representante encontramos a John B. Watson quien fundamenta el conductismo; 2) Aprendizaje operante, F. B. Skinner plantea el condicionamiento instrumental y operante, es un proceso en el cual todo comportamiento se adquiere, se mantiene o se extingue, todo en función a una consecuencia próxima; 3) Aprendizaje social, Albert Bandura quien presenta la Teoría del aprendizaje social, donde afirma que el aprendizaje logra obtenerse por medio de la experiencia directa y personal, asimismo por medio de la observación del comportamiento de otras personas; finalmente 4) Aprendizaje cognitivo, quien lo representa Aaron Beck y Albert Ellis, con la terapia cognitiva y la terapia racional emotiva. (Minici, Rivadeneira, Dahab; 2001).

Dicho lo anterior, “la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.)” (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2010).

Por otra parte, la terapia cognitiva tiene como objetivo delimitar y poner a pruebas todas aquellas falsas creencias y pensamientos desadaptativos de la persona. En las técnicas, el método se basa en enseñar al paciente cinco (5) estrategias; 1) controlar todo pensamiento automático que sea negativo; 2) reconocer la relación existente entre cognición, afecto y conducta; 3) reconocer lo positivo y negativo de los pensamientos distorsionados; 4) reemplazar las cogniciones desviadas por interpretaciones realistas; por último 5) aprender a reconocer y cambiar las falsas creencias que pueden llegar a predisponer distorsionando las experiencias (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2010).

Habría que decir también, que las técnicas terapéuticas van dirigidas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas cogniciones, donde se aprenden a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos (Beck, Rush, Shaw, Emery, 2010).

Finalmente, “La terapia psicológica que ha mostrado efectividad es la que combina estrategias conductuales y cognitivas. La psicoterapia conductual incluye una serie de técnicas de relativamente fácil aplicación para ser utilizadas en el entorno del niño o adolescente” (Hernández y Barrau, 2012).

A su vez, Labrador (2008), enuncia “Disponer de un conjunto de habilidades, procedimientos o técnicas de intervención es determinante para el desarrollo profesional” y según Hernández y Barrau (2012), “existen técnicas conductuales útiles en la negociación para la resolución de los conflictos que surgen en los trastornos del comportamiento” las cuales son: 1) Técnica de la reciprocidad: se basa en la estrategia por la cual es más fácil que otra persona

secunde nuestro propósito si previamente o de manera concomitante se le hace algún regalo, premio o concesión como reforzador; 2) Técnica de la escasez: se sustenta en la tendencia que tenemos a valorar más lo que es difícil de conseguir o cualquier oportunidad que se nos puede escapar. Se explica por 2 razones: asociamos lo más valioso a lo que no está al alcance de cualquiera. Cuando algo no es accesible, se incrementa el deseo de tenerlo; 3) Técnica de la validación social: se fundamenta en la tendencia que tenemos a actuar como lo hacen las personas que nos rodean y que son similares a nosotros. Se sustenta en que suele ser adecuado hacer lo que hace la gente similar a nosotros.

Para terminar, están las técnicas encaminadas a la modificación de las conductas problemáticas, algunas de las más importantes son: 1) Técnicas de corrección: la corrección se realiza para eliminar problemas en el comportamiento. Se basa en la interposición de una señal u orden en el momento en el que el niño realiza la conducta irregular; 2) Técnica de extinción: también sirve para eliminar problemas de conducta. Se emplea cuando existen episodios intrusivos o explosivos que provocan situaciones de conflicto con educadores o familiares; 3) Técnica de utilización de reforzadores: los reforzadores son elementos que se asocian a una buena conducta para que se incremente la probabilidad de su aparición. Pueden ser tangibles (un pequeño regalo asociado a la conducta positiva) o intangibles (una alabanza, una caricia); 4) Técnica de la economía de fichas: consiste en registrar las conductas positivas del niño y, cuando se consiga un número de registros pactado entre el registrador y el niño, asociar un reforzador positivo. Según Alvord, 1974 (citado por Soler, Herrera, Buitrago y Barón, 2009) “La economía de Fichas EF puede considerarse como un sistema motivacional que se aplica con el fin de modificar conductas específicas en una persona y mejorar su adaptación al medio ambiente”; 5) Técnica del contrato de contingencias: un contrato de contingencias es un documento que recoge

los resultados de una negociación. Se establece por escrito después del periodo en el que el educador o familiar del niño o adolescente discuten sobre un tema sobre el que existen posturas distantes. Al finalizar la negociación, se plasma en el documento los resultados de la misma y se mencionan los objetivos y las concesiones que las dos partes han realizado (Rodríguez y Barrau, 2012).

Metodología

Población

El proceso de práctica de la Especialización en Psicología Clínica, se llevó a cabo en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, el cual funciona como IPS, prestando los servicios de consulta externa en Psicología de forma individual, familiar y de pareja, tratando problemáticas en relación a procesos emocionales o relaciones derivadas de crisis generadas por los cambios en el ciclo vital individual o familiar, pérdidas y separaciones significativas para el consultante, dificultades en el rendimiento académico y todas aquellas situaciones de cambio que las personas identifiquen como motivo de sufrimiento afectivo (Instituto de familia y vida, 2012). En su totalidad fueron 14 casos clínicos atendidos con un 71,4% (n=10) hombres y 28,6% (n=4) mujeres. Las edades fluctuaron entre los 7 y 68 años, sus estratos socioeconómicos se ubican entre bajo y medio – bajo. Con motivos de consulta asociados a problemas de bajo rendimiento académico, conductas disruptivas en colegio – casa y por otro lado violencia intrafamiliar. (Ver anexo 1).

Muestra

El estudio de caso se realizó con uno de los 14 casos clínicos atendidos en consulta. Se

eligió a partir de las diferentes variables como: completo proceso de evaluación psicológica, buena relación terapéutica, asistencia a todas las sesiones programadas, información suministrada de la problemática y antecedentes, compromiso frente al proceso terapéutico, los instrumentos de evaluación desarrollados y la posibilidad de seguimiento.

El caso clínico corresponde al paciente C.L, un niño de 11 años de edad, nació en Gamarra (Cesar), actualmente reside en el municipio de Bucaramanga. C.L es hijo único de su madre biológica, pero el mayor de dos hermanos por parte de su padre biológico. Embarazo deseado, se presentaba control excesivo por parte de su padre, maltrato verbal y psicológico, ya que se presentan insultos y palabras de desprecio. Se manifestaba violencia intrafamiliar. C.L. vivía en una familia conformada por padre y madre hasta los 8 años de edad, y durante esta convivencia se presentaron agresiones físicas, verbales y psicológicas por parte del padre hacia la madre. Luego se presenta separación de la pareja y desde allí C.L. vive junto a su madre, pasa las vacaciones con su padre. Actualmente se presenta abandono, negligencia y descuido por parte del padre del niño. En la actualidad se presentan dificultades en la relación con su madre, debido a que no hay adecuados estilos de crianza. Con el padre la relación es de gran conflictiva.

Actualmente el C.L. se encuentra cursado sexto (6) grado de Básica secundaria en una institución educativa de carácter privado, en donde mantiene un desempeño académico regular, falta de interés, dificultades en la relación con sus pares y figuras de autoridad (Profesores y Directivos). Reporta recibir agresiones verbales por parte de sus compañeros. Ha estudiado en varias instituciones educativas, donde se han presentado dificultades en el comportamiento, razón por la cual su madre lo ha trasladado de colegio. Los profesores ven muy disfuncional el comportamiento de C.L., agrede a sus compañeros de forma física y verbal, no acata normas en las aulas de clase, no existe respeto a sus figuras de autoridad y el rendimiento académico ha

disminuido notablemente, por tal motivo los docentes, eligen como táctica, realizar permanentes anotaciones en el observador, llevarlo a coordinación, enviar notas y citaciones a la madre de familia. Los directivos del colegio señalan que C.L. se ha convertido en una mala influencia para el grupo y que a todos los niños les incomoda su presencia. C.L. se percibe a sí mismo como una persona agresiva, poco apreciada por otros y con un alto grado de rechazo por parte de sus pares, docentes y padre.

Instrumentos

El proceso de evaluación psicológica del caso clínico se realizó a partir de los siguientes instrumentos y formatos de evaluación clínica:

- **Consentimiento informado.** Instrumento utilizado por el profesional de psicología del Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, a través del cual se le informa al consultante en que consiste el proceso de evaluación e intervención psicológica y asimismo se le solicita su autorización para llevar a cabo la atención psicológica. (Ver anexo 2).
- **Historia clínica para niños y adolescentes del Instituto de Familia y Vida Seccional Bucaramanga.** Formato elaborado y perteneciente al Instituto (IFV) regido por las normativas legales que preside el ejercicio de los Psicólogos clínicos en Colombia (Código Deontológico y Bioético, Resolución N° 1995 de 2006), Instrumento de registro por medio del cual se realiza la recolección de toda la información relevante del consultante para la comprensión del caso, explora aspectos como: datos sociodemográficos , motivo de consulta, examen mental, historial de la situación, intentos previos para solucionar la problemática, percepción el adulto (acudiente) y consultante,

redes de apoyo, familiograma, historia de desarrollo, antecedentes médicos, psiquiátricos tanto personales como familiares, y el área académica. (Ver anexo 3).

- **CACIA, Cuestionario de Auto-control infantil y Adolescente.** (Bonet y Moreno, 2001). Cuestionario diseñado para evaluar el auto - control infantil y adolescente. Está constituido por tres dimensiones de auto – control positivo (Retroalimentación personal RP, Retraso de la recompensa RR y Auto – control criterial ACC), una de auto – control negativo (Auto – control procesual ACP), y una escala de Sinceridad (S). Se aplica de manera individual o colectiva en niños y adolescentes entre 11 y 19 años (desde 6° de primaria a 2° de Bachillerato). El tiempo de aplicación de la prueba varía entre 30 y 40 minutos, según la edad. (Ver anexo 4).
- **EHS Escala de habilidades sociales.** (Gismero, 2002). Instrumento que evalúa la aserción y las habilidades sociales, está compuesta por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde “No me identifico en lo absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría” a “Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”. A mayor puntuación global, el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidad de aserción en distintos contextos. Se aplica de forma individual o colectiva en adolescentes y adultos, el tiempo de aplicación es variable, aproximadamente entre 10 a 15 minutos. (Ver anexo 5).
- **IAC Inventario de adaptación de conducta.** (Departamento de I+D de TEA ediciones, S.A., 2004). Instrumento diseñado para evaluar el grado de adaptación en los aspectos: personal, familiar, escolar y social. Está formado por 123 frases, a las que el sujeto debe responder de acuerdo con su manera de pensar y actuar. Se aplica de forma individual o

colectiva en adolescentes, el tiempo de aplicación es aproximadamente 30 minutos. (Ver anexo 6).

- **Entrevista semiestructurada para la madre del consultante.** Instrumento de recolección de datos, el cual fue diseñado con el fin de obtener información relevante para el caso y una adecuada evaluación e intervención. Donde se recolectó características de personalidad del C.L. relaciones parentales, vínculos con la familia materna y paterna, estilos de comportamiento en los diferentes ambientes (casa, colegio, social), estilos de crianza, estado de ánimo y emocionales, actividades de ocio, historial académico, relación con los pares y figuras de autoridad, antecedentes de desarrollo (médicos y psiquiátricos). El instrumento se construyó durante el proceso de evaluación, el cual incluye preguntas abiertas, las cuales permiten que el acudiente organice un discurso.

Procedimiento

Inicialmente se hace referencia al procedimiento que se realizó en la atención de todos los casos en general, durante el proceso de práctica clínica. Se presenta a continuación:

Intervención de los casos atendidos en general

- **Iniciación de historia clínica:** Durante el primer encuentro con el consultante, se realiza: firma del consentimiento informado, empatía con el consultante, indaga el motivo de consulta, historial de la problemática, y demás campos que se logre averiguar. Asimismo se plasma las primeras impresiones del caso.
- **Evaluación desde el enfoque cognitivo – conductual:** A partir de la entrevista clínica, observaciones comportamentales y actitudinales, definición del motivo de consulta,

establecimiento de hipótesis y las respectivas características fundamentales de cada caso, se seleccionan los instrumentos pertinentes de evaluación.

- **Estudio de los resultados de la evaluación:** Seguidamente de la calificación e interpretación de los instrumentos aplicados, se realiza un adecuado análisis de los mismos, con el fin de identificar conductas problemas, donde se puede afirmar o descartar las hipótesis planteadas al inicio, y así establecer una estructura y características del caso.
- **Elaboración del plan de intervención:** Una vez establecidos los objetivos terapéuticos, se seleccionan las técnicas cognitivo – conductual y actividades a desarrollar, pertinentes para cada caso. Tanto los objetivos como el plan de intervención se socializa con el consultante.
- **Intervención terapéutica:** Se fundamentó en la ejecución de las técnicas y procedimientos establecidos a partir del plan de intervención que fue diseñado para cada caso.
- **Cierre del caso:** Al finalizar cada proceso de intervención, se realiza una evaluación de la terapia, teniendo en cuenta los objetivos planteados desde el inicio para cada caso. Cabe destacar que todos los procesos terapéuticos iniciados no llegaron a su fin, debido a que se presentó abandono por parte de los consultantes.

Intervención del estudio de caso.

- **Evaluación del caso:** El objetivo de esta fase estuvo encaminado en la recolección de toda la información pertinente y necesario para establecer las características del caso clínico, a partir de observación y entrevistas clínicas al niño y a su acudiente, aplicación

de instrumentos de medición, hipótesis diagnóstica y objetivos terapéuticos (contrato terapéutico). Se requirió de 7 sesiones para esta fase.

- **Psicoeducación frente a los estilos y pautas de crianza:** Una vez se establecieron las características del caso clínico, a través de las entrevistas y aplicación de instrumentos, fue importante realizar psicoeducación con la madre del niño, frente a los diferentes estilos de crianza y pautas, se utilizó la economía de fichas, el cual “es un programa de contingencias que combina distintos procedimientos de reforzamiento y castigo” (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Igualmente, los comportamientos disfuncionales fueron explicados a la madre del niño desde el modelo cognitivo – conductual.
- **Contrato de contingencias:** El propósito de esta fase de intervención, consistió en realizar un contrato con el consultante (niño) donde se especificaron las conductas que se desean eliminar y las consecuencias que acompañaran este cambio. Con el fin de implicar al niño en el cambio de su conducta, dejando claro que si se realiza un esfuerzo por conseguir los objetivos, se van a obtener determinados refuerzos. El contrato se realizó entre dos partes, terapeuta y consultante.
- **Establecimiento de consecuencias frente a las conductas agresivas:** Durante esta fase, se buscaba que el consultante reconociera las consecuencias de las diferentes conductas disruptivas que presentan en el ámbito escolar, por medio de juego de roles.
- **Diferenciación de: pensamientos, emociones y conductas:** La intención de esta fase de intervención, consistió en instruir al niño a realizar una adecuada diferenciación entre pensamiento, emoción y conducta y reconocer la conexión existente entre ellos. Se logró mediante la explicación, que el consultante comprendiera que por medio de la terapia cognitivo – conductual es viable la modificación de todo proceso de información, donde

el consultante puede modificar sus pensamientos y por ende puede tener el control de ellos logrando el manejo que de las emociones que se producen. Es así como por medio de la ilustración o argumento dado al consultante del modelo cognitivo – conductual, fue esencial para que él entendiera que tanto los sucesos, las personas o lugares por sí mismos, no son los que generan aquellos sentimientos negativos o malestar en él, sino que eran producidos por la distorsión de pensamientos que tenía frente a estos, generando así sus diferentes emociones. Seguidamente, se entrena a C.L. a identificar los pensamientos automáticos negativos que aparecían en los diferentes contextos, generando emociones no gratas o malestar.

- **Bloqueo de pensamientos automáticos negativos:** Durante esta fase, se trabaja con C.L. frente al control de los pensamientos automáticos negativos, que surgen en diferentes situaciones, las cuales vive en diferentes contextos, por ejemplo: rechazo de sus pares, rechazo de los directivos del colegio, rechazo de su padre biológico. Se entrenó a C.L. con el fin de lograr en él, la capacidad de reemplazar todo pensamiento automático negativo en positivo, encaminados a resaltar las características positivas en él y todas aquellas cualidades que resaltan.
- **Entrenamiento en habilidades sociales:** El objetivo de esta fase, fue trabajar con C.L. las habilidades sociales, con el fin de incrementarlas o desarrollarlas, mejorando las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales, debido al deterioro de estas que se estaba presentando en el ámbito escolar con sus pares y docentes. Se llevó a cabo a través de la técnica de modelado, donde C.L. aprendiera de forma efectiva y con mayor facilidad, las habilidades, incrementando la efectividad de las mismas. Se realizó varias veces el proceso de modelado en sesión, donde el consultante debía repetir la conducta

que estaba realizando la psicóloga, hasta lograr un adecuado aprendizaje. Se le indica a C.L. que aquellas conductas aprendidas, debía replicarlas en el colegio, en la interacción con sus pares y docentes

- **Evaluación y prevención de recaídas:** Se realiza un análisis de la evolución del problema, desde que llega a consulta hasta el final del tratamiento, realizando un barrido desde la evaluación, hasta las técnicas aplicadas en sesión por sesión. Logrando así identificar los avances positivos y las conductas que requieren de seguimiento.

Objetivos Terapéuticos

- Realizar una psicoeducación con la madre el consultante, frente a las pautas y estilos de crianza.
- Realizar modificación de los pensamientos automáticos negativos por positivos.
- Establecer consecuencias frente a las conductas agresivas.
- Reforzar las habilidades sociales presentes en el consultante y desarrollar aquellas que se encuentran en déficit, con el fin de lograr adecuadas relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales.

Resultados

Como se mencionó anteriormente, al consultante del estudio de caso, se le aplicaron tres (3) instrumentos de evaluación psicológica, de los cuales se muestran los resultados obtenidos a continuación:

1. Inventario de adaptación de conducta IAC:

El grado de adaptación del consultante en los diferentes contextos (Personal, familiar, escolar y social), se presentan en un momento, un pretest, administrado en la fase de evaluación psicología, que se dio al inicio del tratamiento.

C.L. obtuvo una puntuación total igual a 58 puntos que corresponden a un menor grado de adaptación.

Tabla 1.

Evaluación IAC

FACTORES	PD	PC	S	NIVEL
1. Personal	14	25	37	Bajo
2. Familiar	23	50	50	Medio
3. Escolar	66	5	17	Bajo
4. Social	15	20	33	Bajo
Global	58	15	29	Bajo

2. Escala de Habilidades Sociales EHS:

Se administró el instrumento mencionado, con el fin de evaluar la aserción y las habilidades sociales en el consultante. Se presentan en un momento, un pretest, administrado en la fase de evaluación psicología, que se dio al inicio del tratamiento.

C.L. obtuvo una puntuación total igual a 65 puntos que corresponden a un alto grado de habilidades sociales en un contexto determinado, sin embargo se evidencia dificultades en situaciones distintas.

Tabla 2.

Evaluación EHS.

FACTORES	PD	PC	S	NIVEL
1. Autoexpresión en situaciones sociales.	29	80	67	Alto
2. Defensa de los propios derechos como consumidor.	20	98	91	Alto
3. Expresión de enfado o disconformidad.	10	40	45	Bajo
4. Decir no y cortar interacciones.	18	65	58	Alto

5.	Hacer	6	1	3	Bajo
peticiones.					
6.	Iniciar	20	99	97	Alto
interacciones					
positivas con el					
sexo opuesto.					
Global		102	65	58	Alto

- **Autoexpresión en situaciones sociales:** Presenta facilidad para las interacciones en diferentes contextos sociales, expresando las propias opiniones y sentimientos, asimismo realizando preguntas.
- **Defensa de los propios derechos como consumidor:** Puede expresar conductas asertivas frente a desconocidos en defensa de los propios derechos en situaciones de consumo.
- **Expresión de enfado o disconformidad:** Posiblemente se le dificulta expresar discrepancias, prefiriendo callar lo que le molesta con tal de evitar posibles conflictos con los demás, ya sea amigos o familia.
- **Decir no y cortar interacciones:** Presenta la habilidad para cortar interacciones que no se quieren mantener, obteniendo un adecuado aspecto de aserción.
- **Hacer peticiones:** Posiblemente se le dificulta expresar peticiones a otras personas de lo que se quiere.
- **Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto:** Presenta facilidad para tener la

iniciativa de realizar interacciones con el sexo opuesto, y expresar espontáneamente lo que le gusta de sí mismo.

3. Cuestionario de Auto – Control Infantil y Adolescente CACIA:

Se realizó la aplicación del instrumento mencionado, con el fin de evaluar tres dimensiones del auto – control positivo (Retroalimentación personas RP, Retraso de la recompensa RR y Auto – control criterial ACC, una de Auto – control negativo (Auto – control procesual ACP), y una escala de Sinceridad (S). Se presentan en un momento, un pretest, administrado en la fase de evaluación psicología, que se dio al inicio del tratamiento.

C.L. obtuvo una puntuación para cada factor, las cuales se mencionan y explican a continuación:

Tabla 3.

Evaluación CACIA.

FACTORES	PD	PC	NIVEL
1.	6	1	Bajo
Retroalimentación			
Personal (RP).			
2. Retraso de la	13	80	Alto
recompensa (RR).			
3. Auto – control	6	22	Bajo
criterial (ACC).			

4. Auto – control	23	76	Alto
-------------------	----	----	------

procesual (ACP).

5. Escala de	6	13	Bajo
--------------	---	----	------

Sinceridad (S).

Escalas Positivas

- **Retroalimentación Personal (RP):** No logra tener una buena capacidad para conocerse así mismo, darse cuenta de las consecuencias de los propios actos, generando poco interés en averiguar los motivos y razones que determinan lo que hace.
- **Retraso de la recompensa (RR):** Logra tener una adecuada estructuración frente a las tareas, adecuado hábito de trabajo, lo que permite que no se deje llevar fácilmente por sus apetencias más impulsivas.
- **Auto – control criterial (ACC):** Posiblemente no presenta la capacidad de resistencia al estrés y situaciones amenazantes, mostrando comportamientos de inseguridad, generando que pueda eludir la situación.

Escalas Negativas

- **Auto – control procesual (ACP):** Posiblemente presenta un desasosiego por cuestionar el propio comportamiento y una preocupación por actuar rígidamente según las normas y reglas.
- **Escala de Sinceridad (S):** El consultante ha contestado el cuestionario en función de lo que él cree que es correcto o se espera de él, más que en función de la realidad de su

comportamiento.

Análisis funcional de la conducta

Se evidenciaron algunos factores de riesgo en el consultante C.L. a partir del análisis funcional de la conducta, como resultado, el locus de control interno, ya que C.L. percibe que la causa de su malestar y disfuncionalidad se debe al resultado de sus propias acciones, lo cual se cataloga como comportamientos disruptivos en los diferentes ámbitos. A nivel contextual, se percibe un estilo de crianza no adecuado por parte de la madre biológica, quien se encuentra encargada de la crianza de C.L. lo cual se refleja en el desajuste de las normas sociales y normas de convivencia en el hogar, donde el consultante no respeta figuras de autoridad, y no sigue normas.

Por otro lado, la exposición temprana a violencia intrafamiliar, se puede relacionar con el desarrollo de la agresividad y la impulsividad en el consultante.

En relación a los factores de mantenimiento, se percibe en C.L. un tipo de atribución disfuncional, creencias irracionales, etiquetamiento, deterioro en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, lo que llevan al consultante a la agresividad e impulsividad.

Con respecto a la relación madre e hijo, se evidencia un vínculo inseguro, donde la madre es sobreprotectora, excusando a C.L. de sus comportamientos disruptivos, otorgando esta respuesta como resultado al maltrato físico, verbal y psicológico que presencié C.L. durante los primeros 8 años de edad por parte de su padre. Asimismo la madre es permisiva con C.L. reforzando las conductas disruptivas.

Se debe agregar que C.L. presenta disfuncionalidad en el ámbito escolar, no logra

ajustarse a las normas establecidas por la institución, vive una fuerte conflictiva y relaciones interpersonales deterioradas. Él muestra poco interés a los efectos negativos que puedan llegar a tener a partir de las dificultades. Asimismo presenta una conflictiva alta en la relación con su grupo de pares y figuras de autoridad (profesores), no se presenta respeto por la autoridad ni acatamiento de normas.

Hipótesis explicativa

C.L. fue un niño deseado por sus padres. La primera etapa de su infancia vivió con sus dos padres en la ciudad de origen, Gamarra (Cesar). No existieron pautas de crianza adecuadas, lo cual generó que C.L. no tuviera un adecuado proceso de adaptación a las normas y respeto por las figuras de autoridad. Creció en un ambiente conflictivo donde presencié conductas agresivas por parte de sus padres, agredándose mutuamente tanto físico como verbal, es así como C.L. creció con un modelamiento de su padre, aprendiendo por imitación conductas desadaptativas, empezando a transgredir las normas sociales sin tener consecuencia efectiva para ello. Desde el año 2013 se fueron incrementando los comportamientos, cada vez más disfuncionales sin que ello acarreará sanciones en el hogar, por el contrario en el ámbito escolar ha sido expulsado de las instituciones. C.L. fácilmente pierde el control de las diferentes situaciones en su diario vivir y utiliza como última instancia la fuerza para responder ante una situación que no le agrade.

La madre de C.L. no ejerce autoridad real, es permisiva y los sentimientos de responsabilidad sobre la conducta de su hijo la llevan a minimizar la mayoría de comportamientos disfuncionales de C.L. No hay desarrollo moral ni empatía frente a los sentimientos y necesidades de los otros (pares y figura de autoridad, como los docentes o familiares)

El padre de C.L. presenta un temperamento fuerte y hostil. No hay una adecuada relación de padre e hijo, presentándose discusiones, donde el padre le refiere a C.L. que él no es su hijo. En ocasiones C.L. manifiesta sentir que su padre no lo quiere y quiere más a su hermano menor. El padre no ejerce figura de autoridad ante C.L., ejerce imposición ante cualquier situación, con el fin de lograr tener el control de su hijo, asimismo se comunica hacia él de igual a igual, no diferenciando las edades.

Conductas problema

- Agresiones físicas a sus pares.
- Conductas de irrespeto.
- Impulsividad.
- Desobediencia.
- No se ajusta a las normas.
- Relaciones interpersonales deterioradas.
- Poca empatía.
- No hay autocontrol.
- Deterioro en las habilidades sociales.

Factores de predisposición

- Violencia intrafamiliar.
- Control excesivo del padre hacia el niño.
- Violencia conyugal durante los primeros 8 años de edad del niño
- Desprecio del padre hacia el hijo.

Factores de adquisición

- Medio escolar agresivo (amistad con pares que presentan conductas disruptivas).
- Maltrato físico y verbal.
- Exposición al maltrato verbal y psicológico del padre.

Factores desencadenantes

- Inadecuadas pautas de crianza y manejo de la autoridad.
- Maltrato físico y verbal.
- Preferencia hacia el hermano menor por parte del padre.

Factores de mantenimiento

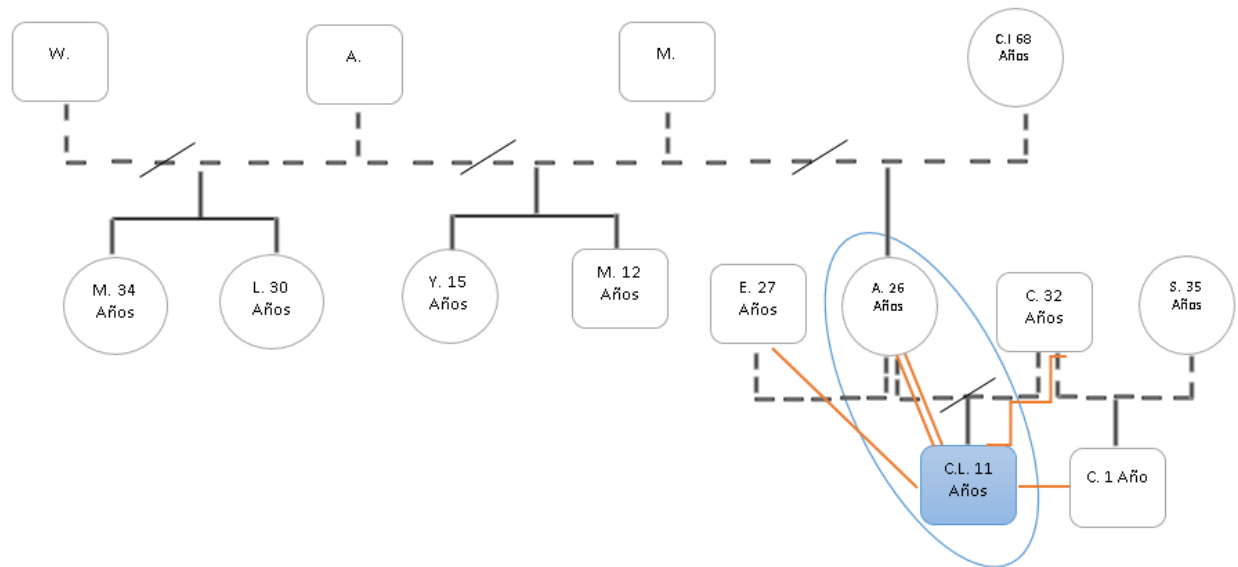
- No hay presencia de normas en los ambientes de casa y colegio.
- Relación conflictiva con su padre.
- Relaciones conflictivas con sus pares.
- Relación conflictiva con los docentes.
- Rechazo social.

Factores protectores

- Apoyo de su abuela materna y tíos.
- Apoyo de su madre.
- Gusto y habilidades por el deporte.
- Reconocimiento de sus conductas disruptivas y lo que genera su comportamiento.
- Deseo de solucionar sus comportamientos disruptivos y mejorar.

- Apoyo familiar en el proceso terapéutico.

Familiograma



Descripción de las sesiones del proceso terapéutico de C.L.

Proceso terapéutico (evaluación e intervención)			
Sesión	Objetivo	Actividad	Resultados
1	Realizar contacto inicial con el caso clínico y la persona que llega a consulta.	Se realiza apertura de la historia clínica, donde se informa al consultante sobre el proceso de atención psicológica, firma de consentimiento informado, datos personales, motivo de consulta e historial de la situación problema.	En la primera sesión, se lleva a cabo con la acudiente del paciente, quien es la madre biológica. Se realizó un encuadre con ella, donde se estableció la duración de las sesiones, los espacios de encuentro, objetivos del proceso terapéutico. Seguidamente se efectúa la firma del consentimiento informado. La apertura de la historia clínica se lleva a cabo inicialmente con los datos personales, motivo de consulta y demás información necesaria para indagar la problemática.
2	Diligenciamiento de la historia	Por medio de entrevista clínica semiestructurada, se recogió información	Se realiza una segunda sesión con la madre y el consultante C.L. donde se indaga por medio de preguntas,

	clínica.	de la problemática para diligenciar la historia clínica.	historial de la problemática, configuración familiar, antecedentes familiares y personales (médicos, psiquiátricos). Se logró conocer algunos aspectos relevantes sobre el historial de vida del paciente. La sesión se logró realizar sin ningún inconveniente, hubo participación por parte de la madre y el paciente.
3.	Diligenciamiento de la historia clínica.	Por medio de entrevista clínica semiestructurada, se recogió información de la problemática para diligenciar la historia clínica.	Se realiza la sesión únicamente con el consultante C.L. donde se indaga la percepción que tiene frente a la problemática, relaciones afectivas con su núcleo familiar, relaciones interpersonales. Se logró obtener nueva información sobre el problema por el cual C.L. llega a consulta, así mismo se presentan algunos obstáculos en el desarrollo de la sesión, ya que el paciente se muestra tímido, evade las preguntas y en muchas ocasiones responde diciendo: No sé, si, no.
4.	Diligenciamiento de la Historia clínica.	Por medio de entrevista clínica semiestructurada, se recogió información de la problemática para diligenciar la historia clínica.	Se realiza otra sesión con el consultante C.L. con el fin de continuar indagando antecedentes e historial de vida. Se realizan preguntas enfocadas al ámbito escolar, relación con sus pares y docentes, gustos, actividades que se realizan en el tiempo libre, y factores de riesgo. El paciente manifiesta durante toda la sesión, que sus relaciones interpersonales son adecuadas, en sus tiempo libre no realiza ninguna actividad. No se presentaron inconvenientes durante la sesión, el paciente se mostró colaborador, atento y participativo. Se logró obtener una completa sesión donde se registraron datos para la historia clínica.
5	Evaluar la problemática del consultante a partir de instrumentos	Aplicación instrumentos psicológicos.	de Se realiza una sesión con el paciente C.L. donde se le administra el instrumento: Cuestionario de Auto – Control Infantil y Adolescente CACIA. El diligenciamiento de la prueba, se

	estandarizados.		llevó a cabo durante toda la sesión, con algunas pausas en la misma, ya que el paciente mostraba poco interés en realizar la actividad, se levantó varias veces de la silla, movimiento constante del cuerpo. Por tal motivo se brinda apoyo al paciente frente a la prueba, con el fin de que él lograra contestarla en su totalidad y con éxito.
6	Evaluar la problemática del consultante a partir de instrumentos estandarizados.	. Aplicación de instrumentos psicológicos.	Se realiza una sesión con el paciente C.L. donde se le administra los instrumentos: Escala de Habilidades Sociales EHS, Inventario de Adaptación de Conducta IAC. No se presentó ningún inconveniente, el paciente se mostró participativo, atento y colaborador. Logro desarrollar la actividad en su totalidad, dando respuesta a las dos pruebas.
7.	Contrato terapéutico.	Realización de un contrato terapéutico.	La sesión se llevó a cabo con la madre del paciente A.G. y el paciente C.L., donde se realiza con ellos un contrato terapéutico, en este se establecen los objetivos terapéuticos, responsabilidades de las partes. El paciente y acudiente leen el documento, se les dio la oportunidad de realizar preguntas y así mismo se resolvieron las mismas, al final las partes estuvieron de acuerdo con lo que se llevara a cabo durante el proceso de intervención, se firma el documento. Se evidenció atención y participación por parte de los consultantes.
8.	Psicoeducación con la madre.	Psicoeducación con la madre, frente a los estilos y pautas de crianza.	Se realiza una atención psicológica con la madre del paciente. En un primer momento, se explica a la madre del niño, los diferentes estilos y pautas de crianza, como psicoeducación. Con el fin de iniciar con la modificación de comportamiento de C.L. desde casa. Adicional, se le deja una actividad a la madre, donde debe realizar una lista de las normas que debe establecer en casa,

			actividades y horarios. Durante la sesión, se logra un desarrollo completo de la misma, donde la participación de la acudiente del niño es activa, mostrando interés y asertividad de la misma. No se presenta inconveniente alguno.
9.	Realizar un contrato de contingencias con C.L.	Ejecución de un contrato de contingencias con C.L. a partir de los objetivos establecidos en el contrato terapéutico.	En esta sesión, se trabaja con C.L. frente a las conductas problemas que desea cambiar y las consecuencias que esto traerá, entre estas están: Agresión física a sus pares, conductas de irrespeto, ajuste a las normas. Asimismo se logra implicar al paciente en la participación en el cambio de ellas. Se establecen objetivos frente a estas conductas a cambiar. Como actividad se le da un cuaderno, donde el consultante registrará el contrato de contingencias y diariamente ira registrando las conductas que realiza en el colegio, tanto positivas como negativas.
10.	Psicoeducación con la madre.	Psicoeducación con la madre, frente a los estilos y pautas de crianza.	Durante la segunda sesión con la mamá del paciente, se continúa realizando psicoeducación frente a los estilos y pautas de crianza. En sesión se establecen con la madre del niño, las normas, actividades y horarios que se trabajarán en casa, entre ellos: respeto, cumplir actividades y horarios establecidos, realizar actividades de la casa, colegio y personales. Seguidamente se estableció con la madre, reunirse con su hijo con el fin de hablar sobre lo señalado en sesión (normas, actividades y horarios) que se emplearán en casa, deben hacer registro en carteleras y pegarlas en lugares visibles para C.L.
11.	Establecimiento de consecuencias frente a las	Juego de roles.	Se realiza nuevamente una sesión con C.L. donde se desarrolla la actividad de juego de roles, allí el consultante experimenta las consecuencias que

	conductas agresivas.		acarrear toda conducta disruptiva, reconociendo por medio de la verbalización como: “si molesto a mis compañeros, ellos me van a agredir” “si formo indisciplina en clase, los profesores se van a molestar y tendré problemas, me sacaran del salón o firmaré el observador” “si agredo verbalmente a mis compañeros, ellos me responderán agresivamente con palabras o golpes” que está actuando de forma no adecuada y esto le está trayendo consecuencias negativas para su vida y las relaciones interpersonales.
12.	Psicoeducación con la madre.	Realización del programa económica de fichas.	Se realiza nuevamente una sesión con la madre del paciente, con el fin de realizar un entrenamiento frente al programa de economía de fichas, el cual se debe iniciar a ejecutar en casa, junto a las normas, actividades y horarios establecidos. Se le explica a la madre que el programa consiste en entregar un reforzador (ficha) a su hijo de acuerdo a la realización de una conducta deseable o el retiro de la misma cuando la conducta es inadecuada. Asimismo se le explica que debe realizar una lista de las conductas específicas que se quieren modificar, establecer el número de fichas que se puede ganar a la semana, establecer reforzadores, y las reglas del programa. Se logró una participación activa de la madre y un alto interés en realizar la actividad con su hijo en casa.
13.	Diferenciación de: pensamientos, emociones y conductas:	Instruir al C.L. a realizar una adecuada diferenciación entre pensamiento, emoción y conducta y reconocer la conexión existente entre ellos.	El objetivo de la sesión, se llevó a cabo por medio de la ilustración o argumento dado al consulta del modelo cognitivo – conductual, donde logró entender que los sucesos, personas y lugares, por si mismos, no son los que generan en él, aquellos sentimientos negativos, sino que son producidos por la distorsión de pensamiento que se estaba presentando. Seguidamente, se entrena a C.L. a

		identificar los pensamientos automáticos negativos que aparecían en los diferentes contextos, generando emociones no gratas o malestar. También, se hizo énfasis con C.L. que por medio de la terapia cognitivo – conductual, es viable realizar modificaciones frente al procesamiento de información, donde él puede modificar sus pensamientos, en la medida en que se adquiere el control de los pensamientos y puede incitar o eliminar las emociones que estos generan.
14.	Bloqueo de pensamientos automáticos negativos: Se realiza un trabajo con C.L. frente al control de los pensamientos automáticos negativos, que surgen en diferentes situaciones.	Se logra realizar un entrenamiento a C.L. frente al control de los pensamientos automáticos negativos, con el fin de lograr reemplazar estos por positivos, encaminados a resaltar las características positivas en él y todas aquellas cualidades que resaltan. Pensamientos automáticos negativos: “siempre pierdo matemáticas, así que no estudio porque la voy a perder” “mi mamá siempre esta brava, seguro es por mi culpa” “esto solo me pasa a mí” “todos los niños me aíslan” “soy un torpe” “siempre me porto mal” Se lograron cambiar los anteriores pensamientos negativos, por los siguientes positivos: “debo esforzarme un poco más para sacar buenas notas en la asignatura de matemáticas, así que estudiaré” “mi mamá está molesta, seguro algo le ocurrió en el día en el trabajo” “esto también le puede ocurrir a las demás personas, no solo a mí” “no todos los niños me aíslan, tengo algunos amigos” “algunas cosas no me salen bien, pero en otras soy muy bueno” “no siempre me porto mal, a veces tengo un comportamiento bueno y me felicitan”

15.	Entrenamiento en habilidades sociales.	Se realiza con C.L. la técnica de modelado.	Se realiza la sesión con el paciente C.L. la intervención tiene como fin, realizar la técnica de modelado, se refuerza en el paciente aquellas habilidades sociales que están desarrolladas en él o que se le facilita como: autoexpresión en situaciones sociales, decir no y cortar interacciones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Asimismo se interviene en aquellas que presenta dificultad, entre estas: Expresión de enfado o disconformidad y hacer peticiones, las cuales fueron arrojadas con menor puntuación en la pruebas. El paciente logra aprender de forma efectiva, como desarrollar habilidades sociales, con fin último, tener una mejor calidad de vida, a partir del modelado simbólico, mediante el escrito y la imaginación, el paciente realiza descripciones de comportamientos y consecuencias, promoviendo o generando patrones de conducta. Se realiza un modelado encubierto, donde se le pide al paciente que imagine las escenas que se le van presentando, también debe imaginar a otra persona, realizando la conducta que se desea instaurar, cuando la imagen se encuentra vívidamente, se solicita que vaya verbalizándola tal y como la realizó el modelo. La actividad se logra desarrollar adecuadamente con C.L. se evidencia participación e interés por llevar a cabo lo solicitado.
16.	Evaluación y prevención de recaídas.	Se emplea el discurso y análisis pertinente de las verbalizaciones realizadas por el paciente y acudiente.	Durante la última sesión se realiza un análisis de la evolución del problema, desde que llega a consulta hasta el final del tratamiento, realizando un barrido desde la evaluación, hasta las técnicas aplicadas sesión por sesión. Logrando así identificar los avances positivos y

		las conductas que requieren de seguimiento. Dentro de las cuales están: reforzar los pensamientos automáticos, psicoeducación con la madre con el fin de seguir adquiriendo compromiso frente al proceso terapéutico de C.L.
17.	Seguimiento	Llamadas telefónicas, contacto vía e-mail, contacto presencial. El seguimiento del proceso terapéutico realizado con el consultante C.L. y su acudiente, en este caso la madre biológica, se ha llevado a cabo durante 2 meses después de la última sesión de intervención, se realiza a partir de llamadas semanales, contacto vía e-mail ocasionalmente y encuentros con el paciente cada 2 semanas. En estos acercamientos, la madre reporta que aún se continúan presentando algunos comportamientos en C.L. los cuales dificultan el proceso de adaptación en el colegio, frente a la disciplina y relación con las figuras de autoridad. Las dificultades presentes, se deben al bajo compromiso que se evidencia tanto en la madre como en el paciente frente a las actividades que deben ejecutar diariamente, con el fin de ir logrando cambios en la conducta de C.L. Se encontró que no se continuó ejecutando el contrato de contingencias, las normas, actividades y horarios, el programa de economía de fichas. Tampoco hay acompañamiento de la madre con el hijo frente al proceso académico y comportamental.

En general, la intervención tuvo como resultado en el consultante, la disminución de las conductas disruptivas, la agresividad e impulsividad, reemplazando estas por la escritura, hablar con un adulto (directivos del colegio y/o mamá), aumento en las habilidades sociales y en

estrategias de afrontamiento, y ajuste a las normas sociales. Los cambios se percibieron poco a poco durante el proceso terapéutico.

También, se logra obtener una modificación en los pensamientos negativos en C.L. reemplazando estos por pensamientos positivos, a partir de nuevas verbalizaciones. Asimismo se presentó un aumento en las habilidades sociales, donde le permitió a C.L. apoderarse de las diferentes formas de relacionarse con los demás, siento empático y asertivo en las diferentes demandas y respuestas, y afrontando las diferentes situaciones no gratas.

Discusión

El proceso terapéutico realizado con C.L. permite evidenciar logros alcanzados a partir de los objetivos propuestos al inicio de la intervención, obteniendo así disminución de las conductas problemáticas por las cuales el paciente junto con su acudiente llega a consulta. Es decir, se presenta una reducción de las conductas disruptivas, donde C.L. agredía físicamente a sus pares, presentaba conductas de irrespeto, impulsividad, desajuste de las normas, relaciones interpersonales deterioradas, poca empatía, sin autocontrol y deterioro en las habilidades sociales. Asimismo, los instrumentos aplicados en C.L. arrojan un nivel bajo de adaptación, algunas habilidades sociales adecuadas y otras deterioradas, también deterioro en el auto – control. Como resultado se logra obtener modificaciones de pensamientos, negativos por positivos en C.L. por medio de nuevas verbalizaciones, mejora en las habilidades sociales deterioradas, permitiéndole a C.L. un adecuado empoderamiento frente a las diferentes formas de

relacionarse con los demás, utilizando la empatía y la asertividad, en los diferentes momentos de vivencia diaria.

Se debe agregar que, la intervención realizada con la madre de C.L. la cual tenía como fin psicoeducar frente a las pautas y estilos de crianza, proporcionó conocimiento en la madre, frente a la atribución que el núcleo familiar ejerce sobre el desarrollo de C.L. frente al comportamiento disruptivo. De esta manera, se logra creer que C.L. se convirtió en el síntoma a partir de las dificultades que se presentaban en la modalidad de relación que se ejercía en el hogar, las cuales se presentaban con evidencia en las agresiones físicas, verbales y psicológicas. En estas intervenciones con la madre, juegan un papel importante frente al cambio de las conductas problemas de C.L. ya que si se tiene en cuenta que en el núcleo familiar se presenta un clima negativo, va a dificultar un adecuado desarrollo de las habilidades sociales, adaptación al medio y auto – control, generando así respuestas inadecuadas y no aceptadas por la sociedad. Es decir, según el tipo de relación que mantenga el adolescente con su familia (mamá y papá) logra influir en un adecuado o inadecuado encaje comportamental y emocional.

Por otra parte, se presentó dificultad al momento de hacer contacto con la institución educativa donde realizaba los estudios C.L. ya que no se logró obtener una participación activa de los directivos del plantel, esto se evidenció cuando se solicitó un informe de la percepción frente al entorno social y familiar de C.L. obtenido por ellos, no hubo una adecuada respuesta y no se logró hacer un segundo contacto con el colegio. Por lo anterior y verbalizaciones de C.L. en las entrevistas clínicas, el colegio se había convertido en un determinante más para que siguiera en aumento las conductas problemas presentadas en C.L. presentándose rechazo y

discriminación tanto de los docentes como de los estudiantes hacia C.L. Todo esto, generó que la madre del paciente, adoptara la medida de cambiar a su hijo de institución educativa. Cabe resaltar, que en el historial educativo de C.L. se evidencian varios cambios de colegio por motivos de dificultad de tipo relacional que ha presentado con sus pares. Se podría inferir, que los comportamientos problemas de C.L. generan dificultad a la hora de interactuar con sus pares, donde se presenta rechazo, discriminación y exclusión por parte de sus compañeros.

El análisis funcional de la conducta de C.L. realizado, permitió establecer que el deterioro en el locus de control interno, genera exclusión por parte de sus compañeros, en aquellos momentos en que realiza comportamientos no reconocidos como positivos, lo que genera creer que sus patrones de comportamiento están determinados a partir de inadecuados estilos de crianza y asimismo a la exposición temprana a violencia intrafamiliar, ocasionando que C.L. se moldee a partir de ello.

En cuanto a las dificultades académicas que presentaba C.L. cuando llegó a consulta psicológica, se estuvieron solucionando a partir de la modificación que se realizó en los estilos y pautas de crianza, asimismo con la modificación de las pautas de crianza, el autocontrol y las habilidades sociales. Las cuales se puede decir que se encuentran relacionadas con la competencia de la persona en los diferentes procesos tanto de aprendizaje como de interrelación.

Así que, como establecen Bornstein y Bornstein (2007) los primeros años de vida de todo ser humano, son fundamentales para el desarrollo de este, donde influye el estilo de crianza, los cuales tienen efectos positivos o negativos en la vida de la persona, generando un adecuado o no funcionamiento en las diferentes áreas sociales. Asimismo, el niño que recibe mayor afecto por parte de sus padres, va a desplegar un adecuado desarrollo psicosocial, bienestar emocional y

adecuado ajuste conductual (Collins y Laursen, 2004; Galambos, Barker y Almeida, 2003; Gray y Steinberg 1999; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004), citado por, Oliva, Parra, Sánchez y López (2007).

Recomendaciones

De manera que en las primeras etapas del ser humano, un adecuado desarrollo, donde la persona es guiada adecuadamente a partir de apropiados estilos de crianza, y asimismo la relación que se establezca entre padres e hijos, sin duda alguna, esto va a influir en la forma en que el ser humano interactúe en las diferentes áreas sociales, en esta medida se sugiere extender el proceso terapéutico, con la familia del paciente, en este caso la madre e incluir al padre, con el fin de involucrarlos en el desarrollo del niño, favoreciendo la disminución de los diferentes problemas de comportamiento y síntomas clínicos.

Así mismo, se requiere un mayor compromiso por parte de la madre del paciente, en la realización de las actividades y compromisos pactados en las sesiones terapéuticas, las cuales se deben realizar en casa, a partir de los contratos pactados, con el fin de ir logrando cambios significativos en el comportamiento de C.L. Habría que decir también, que es importante que la madre del paciente tenga un adecuado acercamiento con la institución educativa, para apoyar a su hijo en el proceso de adaptación y cambio que requiere, en las diferentes conductas que se puedan presentar.

También, es pertinente que la institución educativa donde C.L. realiza sus estudios, adquiera diferentes compromisos frente a las desiguales conductas que se pueden presentar en

sus alumnos, con el fin de ejecutar estrategias pertinentes en el momento en que los niños y adolescentes así lo requieran.

Referencias

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Beck, A., Emery, G., Rush, J. y Shaw, B. (2010). Terapia cognitiva de la depresión. España: RGM, S.S. – Bilbao.

Bornstein, L., & Bornstein, M. (2007). Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2520/estilos-parentales-y-el-desarrollo-social-del-nino.pdf>

Capafóns, A., & Silva, F. (2001). CACIA Cuestionario de Auto – Control Infantil y Adolescente. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Cuervo, A. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/163-559-1-PB.pdf>

De la Peña, F., & Palacios, L. (2011). Salud Mental. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005

Departamento de I+D. IAC Inventario de Adaptación de Conducta. Madrid: TEA

Ediciones, S.A.

Gismero, E. (2002). EHS Escala de Habilidades Sociales. Madrid: TEA Ediciones, S.A.

Iñiguez, A. (2014). Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Recuperado

de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-IntervencionEnUnCasoDeUnAdolescenteConProblemasDeC-4697014.pdf>

Jaramillo, L. (2007). Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación.

Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/zona/article/viewFile/1687/1096>

Labrador, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conductas. Recuperado de

<http://es.slideshare.net/militagil/tcnicas-de-modificacin-de-conducta-francisco-javier-labrador-encinas>

López, J. A., Andrés De Llano, J. M., Rodríguez, L., Garrido, M., Sacristán, A., Martínez,

M. T., & Alberola, S., Sánchez, M. I. (2014). Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989113000815>

López, J. J., & Valdés, M. (2003). DSM – IV – TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON, S.A.

López, S., Fernández, A., Vives, C., & Rodríguez, O. (2012). Prácticas de crianza y

problemas de conducta en niños de educación infantil dentro de un marco intercultural. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/140522/126612>

- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?. Revista de Terapia Cognitivo Conductual, 1, 1-6.
- Oliva, A., Parra, Á., Sánchez, I., & López, F. (2007). Anales de Psicología. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/23201/22481>
- Richaud, M. C. (2005). Revista Latinoamericana de Psicología. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Maria_Richaud3/publication/26594630_Estilos_par_entales_y_estrategias_de_afrontamiento_en_ninos/links/5406041f0cf23d9765a7e818.pdf
- Rizo, A. B. (2014). Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. Recuperado de http://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_10.pdf
- Rodríguez, P. J., & Barrau, V. M. (2012). Pediatría Integral. Recuperado de <http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/xvi10/02/760-768%20T.comport.pdf>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Urduliz: UNED.
- Sattler, J. M. & Hoge, R. D. (2008). La evaluación. Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas (p. 61-90). México: Manual moderno.
- Soler, F., Herrera, J. P., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). Revista Diversitas. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/679/67916260012.pdf>

Anexos

Anexo 1. Totalidad de casos clínicos atendidos.

Datos sociodemográficos	“R.S.”	“L.M.”	“A.M.”	“J.C. ”	“M.P.”
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	23	13	14	13	7
Estrato	1	3	1	2	1
Profesión/ Escolaridad	Bachiller	Octavo	Séptimo	Séptimo	Primero
Ocupación	Ninguna	Estudiante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Entidad	Particular	Colegio Técnico empresarial José María Estévez	Colegio Café Madrid	Particular	Particular
Motivo de consulta	La consultante refiere: “Soy ida, callada, no soy capaz de hablar con la gente, solo con mi familia”.	La adolescente refiere: “La psicóloga del colegio me envía porque me corto”.	El adolescente refiere: “Tengo problemas en el colegio, soy indisciplinado, peleo con mis compañeros y soy grosero con los profesores”.	La abuela materna refiere estar preocupada por la salud del nieto, ya que desde el año pasado en el mes de julio, el niño presenta comportamientos extraños como: “caminar de un lado a otro sin tener un rumbo, no hablaba, se desnudan, no comía, con mirada perdida y en	La madre refiere: “Él antes era alegre, se le acercaba a otros niños para jugar, ahora no quiere jugar con nadie, es callado y me cuenta que en la hora del descanso ha jugado con otros niños del grado tercero o quinto a la cueva y estando ahí y no sé qué más ha

Problemática identificada	otras ocasiones pasado, porque M. no comportamientos alterados al presentar agresividad cuando su familia se le acercaba”.				
	Problemas de autoestima (Bajo).	Conductas de riesgo (autolesión).	de Bajo rendimiento académico, problemas de comportamiento (irrespeto a las figuras de autoridad).	Dependencia a la madre.	Sobreprotección de los padres hacia el menor.

Totalidad de casos clínicos atendidos.

Datos sociodemográficos	“G.Q.”	“J.Q.”	“V.C.”	“E.H.”	“A.F.”
Sexo	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino	Masculino
Edad	41	68	53	39	53
Estrato	3	3	3	2	4
Profesión/Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato	Tecnóloga	Técnico	Bachiller
Ocupación	Independiente	Independiente	Docente	Ama de casa	Comerciante
Entidad	Fiscalía	Fiscalía	Particular	Particular	Particular

Motivo de consulta	El consultante refiere asistir a consulta psicológica por remisión de la fiscalía debido a un proceso de denuncia que instauro su padre en contra de él por motivos de violencia intrafamiliar.	El consultante refiere asistir a atención psicológica debido a que fue remitido por la fiscalía, por una denuncia interpuesta ante su hijo con quien presentaba problemas de violencia.	La consultante refiere: “Me pidieron del tribunal eclesiástico un informe psicológico porque me están llevando el proceso de separación que solicita hace 18 años y ya por fin me salió y solo hace falta este informe que ustedes me den”.	La consultante refiere sentirse muy mal desde que el hijo se fue de la casa ya que es muy joven y solo tiene 18 años de edad y la paciente cree tener la culpa de todo y siente no haber sabido criar a sus hijos.	El consultante refiere: “necesito saber si mis hijos están afectados por mí”.
Problemática identificada	Violencia intrafamiliar.	Violencia intrafamiliar.	Proceso de separación (anulación del matrimonio por la iglesia)	Dependencia con los hijos.	Violencia intrafamiliar.

Datos sociodemográficos	“J. U.”	“D.O”	J.G”	“C.L.”
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	38	11	12	11
Estrato	1	3	2	2
Profesión/Escolaridad	Primaria	Séptimo	Séptimo	Sexto
Ocupación	Comerciante	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Entidad	Fiscalía	Particular	Colegio Nacional de Comercio	Colegio Getsemaní
Motivo de consulta	El consultante refiere: “quiero recibir terapia de pareja y solucionar todos los problemas, no quiero más problemas con la fiscalía y quiero que archiven mi caso”.	La madre del consultante refiere: “la profesora de ciencias me cito y recordando que asistiera a consulta.”	La madre del consultante refiere: “J. desde hace más de 3 años empezó a ser un niño indisciplinado, su atención es dispersa y en el colegio me han citado muchas veces para contarme del comportamiento de mi hijo, por eso y recomendación del colegio lo traigo”.	La madre refiere: “He tenido demasiados inconvenientes con el niño porque a él le pegan en el colegio sus compañeros y él devuelve el golpe de una manera peor, en la casa es diferente, es muy noble”.

Problemática identificada	Violencia intrafamiliar.	Dificultad estrategias enfrentamiento solución problemas.	en de y de	Bajo rendimiento académico, indisciplina, irrespeto a las figuras de autoridad.	Bajo rendimiento académico, conductas agresivas, irrespeto a las figuras de autoridad, no sigue normas.
------------------------------	-----------------------------	---	---------------------	--	---

Anexo 2. Consentimiento Informado.

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Identificado/a con Documento No.- _____ de _____, como tutora legal de _____ Identificado/a con Documento No.- _____ de _____, por medio de la presente autorizo que reciba el acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre otros.

De igual forma, refiero que he sido informado/a por el o la Psicólogo/a del Instituto de Familia y Vida, de los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL** y la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995 de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de retribución económica.

En constancia se firma en _____, a los _____ días, del mes _____ del año _____

FIRMA: _____

D.I. No.: _____

FIRMA: _____

Psicólogo/a Instituto de Familia y Vida.

Anexo 3. Historia Clínica Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga.

 Universidad Pontificia Bolivariana		FORMATO HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES Código: PS-FO-080 Versión: 01							
Fecha de recepción:		Día		Mes		Año		No. de historia	
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS									
Nombres y Apellidos				Edad	Género		Documento de identidad		
Lugar y fecha de nacimiento				Dirección de residencia					
Estrato	No. teléfono residencia			No. teléfono celular					
Nivel de escolaridad	Ocupación			Nombre de la institución educativa					
Remitido por:	Entidad (EPS)			Tipo de afiliación a IPS					
2. DATOS DEL ACUDIENTE									
Nombre y Apellidos		Parentesco			Edad	Estado civil			
Dirección de residencia:		No. Teléfono Residencia			No. Teléfono Celular:				
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE									
Motivo de consulta									
Observación general del paciente (Examen Mental)									

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MOTIVO DE CONSULTA
Historial de la situación
Intentos previos para solucionarlo
Percepción de la situación desde el adulto (encargado/cuidador)
Percepción de la situación desde el/la menor
Redes de apoyo del/la menor

ASPECTOS FAMILIARES					
Familiograma					
Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona
Observaciones generales del ambiente familiar					
4. HISTORIA DE DESARROLLO					
PRENATAL					
Edad de la madre al momento del embarazo		Control prenatal	Condición médica general		
Condiciones emocionales		Condiciones familiares			
Observaciones Generales					

PERINATAL							
Parto a término		Tipo			Duración		
Condiciones médicas del menor al nacer							
Observaciones generales							
POSNATAL							
Lactancia materna				Duración de la lactancia			
Tetero				Duración			
Observaciones del destete							
5. DESARROLLO PSICOMOTOR							
Sostén cefálico		Voltearse		Sentarse sin ayuda		Gatear	
Primeros pasos		Caminar		Control de esfínteres	Vesical		
Vestirse sin ayuda		Comer solo			Anal		
Observaciones del desarrollo psicomotor							

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE					
Sostén cefálico		Sentarse sin ayuda		Frases completas	
Observaciones del desarrollo del lenguaje					
7. ESCOLARIDAD					
Edad de ingreso a institución educativa					
Descripción del proceso de adaptación					
Rendimiento escolar:	Bueno		Regular		Malo
Cursos reprobados					
Áreas de dificultad:					
Relación con maestros					
Percepción del maestro					

Relación con pares y compañeros			
Cambios de colegio			
Observaciones sobre escolaridad y área social (pertenece a algún grupo)			
8. ANTECEDENTES MÉDICOS			
PERSONALES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
FAMILIARES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos			

Patrones de sueño y alimentación					
9. CONDUCTAS DE RIESGO					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESENTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Actividad Sexual					
Uso de alcohol	Edad de inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Uso de drogas					
Otras situaciones de riesgo					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA					
PLAN TERAPEUTICO					

Anexo 4. Cuestionario de Auto – Control Infantil y Adolescente CACIA.

N.º 156

CACIA

Cuestionario de Auto-Control Infantil y Adolescente

	RP	ACP	RR	ACC	S
PD					
PC					

Nombre Apellidos Edad Curso

Chico ☐ Chica ☐ Fecha de nacimiento Colegio

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 lees 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 ~~SI~~ **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.

AUTORES: A. CAPOLERA BOTES Y F. SILVA MONTEO

TER Autores: A. Capolera Botes y F. Silva Monteo.
Copyright © 1986 by TEA Ediciones, S.A. - Editor: TEA Ediciones, S.A.; Paseo Bernardino de Sahagún, 34; 28002 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otros en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el propio interés, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Agilene Campos; Daganzo, 15 dpda.; 28002 MADRID - Duplicado legal: M. 35.858 - 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 pereoso 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. Aguento peor el dolor que la mayoría ... SI NO

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 aguijento algo que me duela (un brazo roto, una herida, etc.), me imagino a los demás admirándose 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, pagar 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

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. Sueño 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 recordármelas ... 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 quiero ... 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 chiflar, 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

PR	ACP	RR	ACC	S

PR	ACP	RR	ACC	S

Anexo 5. Escala de Habilidades Sociales EHS.

Nº 268

E

H

S

EJEMPLAR

INSTRUCCIONES

Al dorso aparecen frases que describen diversas situaciones; se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica con cada una de ellas o no; si le describen bien o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad.

Para responder utilice la siguiente clave:

A	No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
B	Más bien no tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra.
C	Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
D	Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

Rodee la letra correspondiente a la opción elegida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está contestando.

ESPERE. NO DÉ LA VUELTA A ESTE IMPRESO
HASTA QUE SE LE INDIQUE

 Autora: Elena Gernero González.
Copyright © 2000 by TEA Ediciones, S.A. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial.
Edita: TEA Ediciones, S.A. (Madrid) - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS; 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.



Puntuación y resultados		Fecha	
Puntuación		Fecha	
Resultados		Fecha	

Ahora son momentos recordando la última de la actividad que mejor se ajuste a su mundo de que se le anima
Comprende que viene a la vida en la vida (una de las frases que le dice)

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido. A B C D
2. Me siento inseguro a veces. A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo. A B C D
4. Cuando en una tienda quiero comprar algo que me gusta, pero no tengo suficiente dinero, me voy. A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, pido un mal trato para decirle adiós. A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que he comprado. A B C D
7. Si en un restaurante no me tienen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la traigan de nuevo. A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo contrario. A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un trabajo, no sé qué decir. A B C D
10. Tengo que hacer mis deberes pero no sé cómo. A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir algo torpemente. A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta por su conversación, me da mucho miedo decirle que se calle. A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso. A B C D
14. Cuando tengo que ir a una tienda y me llama una amiga por teléfono, me contesta muy cortés. A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta pedir, pero si me las piden, no sé cómo negarme. A B C D
16. Si alguien de una tienda me dice que me han dado mal la vuelta, fingiré que no he oído nada. A B C D
17. No me resulta fácil hacer un trabajo o algo que me pida. A B C D
18. Si voy en una fiesta a una persona atractiva del sexo contrario, como la invitación y me siento a una conversación con ella. A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás. A B C D
20. Si tuviera que hacer un trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por situaciones personales. A B C D
21. Soy incapaz de reparar o pedir descuento al comprar algo. A B C D
22. Cuando un familiar me hace una pregunta, prefiero decirle que no sé nada. A B C D
23. Nunca sé cómo comportarme a un amigo que habla mucho. A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarme mi decisión. A B C D
25. Si un amigo al que he prestado una cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo. A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor. A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita. A B C D
28. Me siento torpemente a veces cuando alguien me dice que le gusta algo de mi físico. A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.). A B C D
30. Cuando alguien se me acerca en una fila, hago como si no me diera cuenta. A B C D
31. Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo cuando tengo motivos justificados. A B C D
32. Muchas veces prefiero estar callado o equivoque de en medio para evitar problemas con otras personas. A B C D
33. Hay veces que no sé negarme a salir con alguien a quien me gusta mucho. A B C D

COMPRENDE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
A CADA UNA DE LAS FRASES

Anexo 6. Inventario de Adaptación de Conducta IAC.

I A C

• C U A D E R N I L L O •

- En las páginas siguientes encontrarás una serie de frases a las que deseamos que contestes con sinceridad y sin pensarlo demasiado, como si respondieras espontáneamente a las preguntas de un amigo.
- En cada frase podrás contestar «Sí» o «No», de acuerdo con tu opinión o tu manera de actuar. Si no sabes, tienes dudas o estás en un término medio, podrás elegir el interrogante (?); pero lo mejor es que te decidas entre el «Sí» o el «No».

NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO

- Las contestaciones se anotan en la hoja que te han entregado aparte, y lo harás así:
- Lee cada una de las frases, fíjate en el número que lleva delante, busca ese mismo número en la hoja de respuestas y marca con un aspa (X) la casilla que se corresponde con «Sí», «No» o «?» según la respuesta que elijas.

Ejemplo:

¿Te ocurre lo que dice esta frase?

E1. Me pone triste estar solo

SÍ

☐

?

☐

NO

☒

El que ha contestado a esta frase, ha señalado la casilla «NO» porque normalmente no se entristece cuando está solo, aunque en alguna ocasión le haya ocurrido.

- Trabaja tan deprisa como puedas, sin detenerte demasiado en cada frase, y contesta a todas ellas. Si te equivocas de fila o de casilla borra la marca equivocada y señala la nueva contestación.



Autores: Agustín Cordero Pando y M^a Victoria de la Cruz López
 Copyright © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid (España).
 Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28036 MADRID.
 Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
 Printed in Spain. Impreso en España.

Marca la opción «SÍ», «I» o «NO» de acuerdo con tu opinión o tu manera de actuar.

¿Te ocurre lo que dicen estas frases?

- 1 Suelo tener mala suerte en todo.
- 2 Me equivoco muchas veces en lo que hago.
- 3 Encuentro pocas ocasiones de demostrar lo que valgo.
- 4 Si fracaso en algo una vez, es difícil que vuelva a intentarlo.
- 5 Hablando sinceramente, el porvenir me da miedo.
- 6 Envidio a los que son más inteligentes que yo.
- 7 Estoy satisfecho con mi estatura.
- 8 Si eres chico: preferiría ser una chica.
Si eres chica: preferiría ser un chico.
- 9 Mis padres me tratan como si fuera un niño pequeño.
- 10 Me distancio de los demás.
- 11 En casa me exigen mucho más que a los demás.
- 12 Me siento satisfecho con mis padres aunque no sean muy importantes.
- 13 Me avergüenza decir la profesión de mi padre.
- 14 Me gusta oír cómo habla mi padre con los demás.
- 15 Mis padres dan importancia a las cosas que hago.
- 16 Me siento satisfecho de pertenecer a mi familia.
- 17 Cuando mis padres me riñen, casi siempre tienen razón.
- 18 La mayor parte de las veces, mis padres me riñen por algo que les sucede a ellos, no por lo que haya hecho yo.
- 19 Mis padres me riñen sin motivo.
- 20 Sufro por no poder conseguir llevar a casa mejores notas.

¿Estás de acuerdo con lo que dicen estas frases?

- 21 En el colegio enseñan muchas cosas sin valor.
- 22 En las clases se dedica mucho tiempo a algunas asignaturas sin interés, como matemáticas o ciencias, descuidando otros temas que interesan más.
- 23 Los programas y horarios de clase los deberían organizar los alumnos en vez de los profesores.
- 24 Todas las asignaturas que se estudian son importantes.
- 25 Hay demasiadas asignaturas en cada curso.
- 26 En el colegio se realizan muchas tareas que no sirven para nada.
- 27 La disciplina del colegio es demasiado dura.
- 28 Lo que enseñan en clase es tan teórico que no sirve para nada.
- 29 Los profesores castigan sin razón y sin permitir que se les explique lo que ha sucedido.
- 30 En el colegio atienden a unos mucho mejor que a otros.
- 31 Los profesores juzgan mal a los alumnos, por no conocerlos más fuera del ambiente escolar.

¿Te ocurre lo que dicen estas frases?

- 32 En las discusiones casi siempre tengo yo la razón.
- 33 Estoy seguro de que encontraré un trabajo que me guste.
- 34 En vez de matemáticas, se deberían estudiar materias tales como música moderna, conservación de la naturaleza, normas de circulación, etc.
- 35 Mis padres se comportan de forma poco educada.
- 36 Me gusta ayudar a los demás en sus problemas, aunque me cause molestias hacerlo.
- 37 Tengo más éxitos que mis compañeros en las relaciones con las personas del sexo opuesto.

**NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

Marca la opción «SÍ», «?» o «NO» de acuerdo con tu opinión o tu manera de actuar.

- 38 Entablo conversación con cualquier persona fácilmente.
- 39 Me gusta que me consideren una persona con la que hay que contar siempre.
- 40 Siento que formo parte de la sociedad.
- 41 Tengo amigos en todas partes.
- 42 A menudo me siento realmente un fracasado.
- 43 Si volviera a vivir, haría muchas cosas de manera distinta a como las he hecho.
- 44 Con frecuencia me siento incapaz de seguir estudiando o trabajando sin saber por qué.
- 45 Muchas veces me digo a mí mismo: "¿qué tanto he sido!", después de haber hecho un favor o prometido algo.
- 46 Muchas veces pienso que el profesor no me considera una persona, sino un número.
- 47 Mis compañeros de clase me hacen caso siempre.
- 48 Tengo problemas en casa porque mis padres son demasiado exigentes con los horarios.
- 49 Alguna vez he pensado en irme de casa.
- 50 Me intranquiliza lo que opinen de mí los demás.
- 51 Cuando tengo que hablar ante los demás paso mal rato, aunque sepa bien lo que tengo que decir.
- 52 Mis padres solucionan correctamente los asuntos familiares.
- 53 En general, estoy de acuerdo con la forma de actuar de mis padres.
- 54 Mis padres son demasiado severos conmigo.
- 55 Mis padres son muy exigentes.
- 56 Mi familia limita demasiado mis actividades.
- 57 Mis padres riñen mucho entre ellos.
- 58 El ambiente de mi casa es desagradable o triste.
- 59 Mis padres tratan a mis hermanos mejor que a mí.
- 60 Mis padres exigen de mí mejores notas de las que puedo conseguir.
- 61 Mis padres me dan poca libertad.

¿Estás de acuerdo con estas frases?

- 62 Los profesores conocen a fondo lo que explican.
- 63 Me gusta el colegio donde estudio.
- 64 Las clases de mi colegio son demasiado pequeñas para tantos chicos.
- 65 Mi colegio me parece un lugar agradable.
- 66 Los libros que estudio son claros e interesantes.
- 67 En el colegio me hacen perder la confianza en mí mismo.
- 68 La experiencia enseña más que el colegio.
- 69 En el colegio se pierde demasiado tiempo.
- 70 En el colegio se debería enseñar a pensar a los alumnos, en lugar de explicar y poner problemas.
- 71 Presto de buena gana cosas a mis compañeros (libros, discos, dinero, etc.).
- 72 Me parece que mis compañeros abusan de que soy demasiado bueno.

¿Te gusta lo expresado en estas frases?

- 73 Estar donde haya mucha gente reunida.
- 74 Participar en las actividades de grupos organizados.
- 75 Hacer excursiones en solitario.
- 76 Participar en discusiones.
- 77 Asistir a fiestas con mucha gente.
- 78 Ser el que lleva "la voz cantante" en las reuniones.
- 79 Organizar juegos en grupo.
- 80 Recibir muchas invitaciones.
- 81 Ser el que habla en nombre del grupo.
- 82 Que tus compañeros se conviertan fuera del colegio en amigos tuyos.

**NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**

Marca la opción «SI», «?» o «NO» de acuerdo con tu opinión o tu manera de actuar.

¿Te sucede lo expresado en estas frases?

- 83 Te consideras poco importante.
- 84 Eres poco popular entre los amigos.
- 85 Eres demasiado tímido.
- 86 Te molesta no ser más guapo y atractivo.
- 87 Te fastidia pertenecer a una familia más pobre que la de otros compañeros.
- 88 Estás enfermo más veces que otros.
- 89 Estás de acuerdo con que hay que cumplir las normas de convivencia.
- 90 Eres poco ingenioso y brillante en la conversación.
- 91 Tienes poca «voluntad» para cumplir lo que propones.
- 92 Te molesta que los demás se fijen en ti.

¿Te ocurre lo que dicen estas frases?

- 93 Tus padres se interesan por tus cosas.
- 94 Tus padres te dejan decidir libremente.
- 95 Admiras las cualidades de las demás personas de tu familia.
- 96 Estás seguro de que tus padres te tienen un gran cariño.
- 97 Tus padres te ayudan a realizarte.
- 98 Tus padres te permiten elegir libremente a tus amigos.
- 99 Estás convencido de que tu familia aprueba lo que haces.
- 100 Te sientes unido a tu familia.
- 101 Crees que, a pesar de todo lo que se diga, los padres comprenden bien a sus hijos.
- 102 Tu padre te parece un ejemplo a imitar.
- 103 El comportamiento de los profesores contigo es justo.
- 104 Has observado que en clase tratan mejor a los alumnos más simpáticos o más importantes.

- 105 Piensas que tus profesores tratan de influir demasiado en ti, restándote libertad de decisión.
- 106 Tus profesores se preocupan mucho de ti.
- 107 Estás convencido de que, en general, los profesores actúan de la forma más conveniente para los alumnos.
- 108 Tus compañeros te ayudan cuando tienes que hacer algo y no te da tiempo a terminarlo.
- 109 Te gustaría cambiar de colegio.
- 110 Tienen razón los que dicen que «esto vido es un asco».
- 111 Te gusta que la gente te pregunte por tus cosas.
- 112 Confías en tus compañeros.
- 113 Te gusta que los demás demuestren que creen en tu opinión.
- 114 Formas parte de una pandilla.
- 115 Eres uno de los chicos (o chicas) más populares del colegio.
- 116 Te gusta organizar los planes y actividades de tu pandilla.
- 117 Te gusta participar en excursiones con mucha gente.
- 118 Organizas reuniones con cualquier pretexto.
- 119 En las fiestas te unes al grupo más animado.
- 120 Cuando vas de viaje entablas conversación fácilmente con las personas que van a tu lado.
- 121 Te gusta estar solo mucho tiempo.
- 122 Prefieres quedarte en tu cuarto leyendo u oyendo música a reunirte con tu familia a ver la televisión o comentar cosas.
- 123 Te molesta no tener libertad y medios para vivir de otra forma.

FIN DE LA PRUEBA

IAC

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre y apellidos _____

Edad _____ Sexo ☐ var ☐ mu Fecha _____

Centro _____

Curso _____ Número _____

MARCA CON UN ASPA (X) LA OPCIÓN «SÍ», «?» O «NO».

	SI	?	NO
1	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐
5	☐	☐	☐
6	☐	☐	☐
7	☐	☐	☐
8	☐	☐	☐
9	☐	☐	☐
10	☐	☐	☐
11	☐	☐	☐
12	☐	☐	☐
13	☐	☐	☐
14	☐	☐	☐
15	☐	☐	☐
16	☐	☐	☐
17	☐	☐	☐
18	☐	☐	☐
19	☐	☐	☐
20	☐	☐	☐
21	☐	☐	☐
22	☐	☐	☐
23	☐	☐	☐
24	☐	☐	☐
25	☐	☐	☐
26	☐	☐	☐
27	☐	☐	☐
28	☐	☐	☐
29	☐	☐	☐
30	☐	☐	☐
31	☐	☐	☐
32	☐	☐	☐
33	☐	☐	☐
34	☐	☐	☐
35	☐	☐	☐
36	☐	☐	☐
37	☐	☐	☐
38	☐	☐	☐
39	☐	☐	☐
40	☐	☐	☐
41	☐	☐	☐
42	☐	☐	☐
43	☐	☐	☐
44	☐	☐	☐
45	☐	☐	☐
46	☐	☐	☐
47	☐	☐	☐
48	☐	☐	☐
49	☐	☐	☐
50	☐	☐	☐
51	☐	☐	☐
52	☐	☐	☐
53	☐	☐	☐
54	☐	☐	☐
55	☐	☐	☐
56	☐	☐	☐
57	☐	☐	☐
58	☐	☐	☐
59	☐	☐	☐
60	☐	☐	☐
61	☐	☐	☐
62	☐	☐	☐
63	☐	☐	☐
64	☐	☐	☐
65	☐	☐	☐
66	☐	☐	☐
67	☐	☐	☐
68	☐	☐	☐
69	☐	☐	☐
70	☐	☐	☐
71	☐	☐	☐
72	☐	☐	☐
73	☐	☐	☐
74	☐	☐	☐
75	☐	☐	☐
76	☐	☐	☐
77	☐	☐	☐
78	☐	☐	☐
79	☐	☐	☐
80	☐	☐	☐
81	☐	☐	☐
82	☐	☐	☐
83	☐	☐	☐
84	☐	☐	☐
85	☐	☐	☐
86	☐	☐	☐
87	☐	☐	☐
88	☐	☐	☐
89	☐	☐	☐
90	☐	☐	☐
91	☐	☐	☐
92	☐	☐	☐
93	☐	☐	☐
94	☐	☐	☐
95	☐	☐	☐
96	☐	☐	☐
97	☐	☐	☐
98	☐	☐	☐
99	☐	☐	☐
100	☐	☐	☐
101	☐	☐	☐
102	☐	☐	☐
103	☐	☐	☐
104	☐	☐	☐
105	☐	☐	☐
106	☐	☐	☐
107	☐	☐	☐
108	☐	☐	☐
109	☐	☐	☐
110	☐	☐	☐
111	☐	☐	☐
112	☐	☐	☐
113	☐	☐	☐
114	☐	☐	☐
115	☐	☐	☐
116	☐	☐	☐
117	☐	☐	☐
118	☐	☐	☐
119	☐	☐	☐
120	☐	☐	☐
121	☐	☐	☐
122	☐	☐	☐
123	☐	☐	☐

Autores: Agustín Cordero Pardo y M^{ra} Victoria de la Cruz.
Copyright © 2004 by TEA Ediciones, S.A., Madrid (España).
Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24 - 28016 Madrid.
En Spain. Impreso en España.

TEA

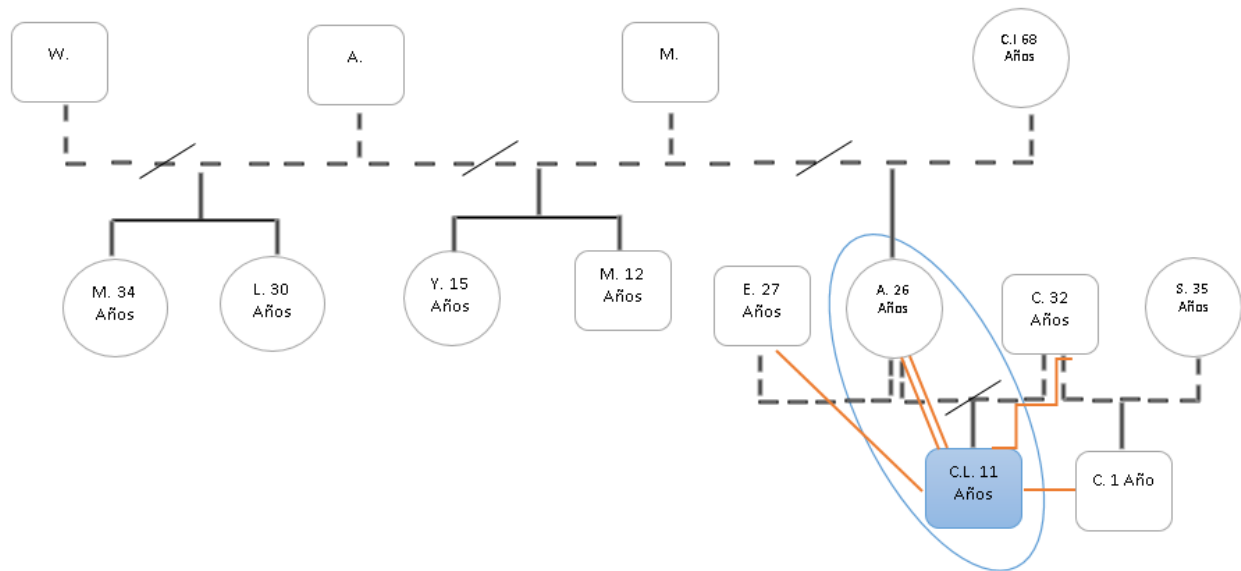
Anexo 7. Formulación de caso clínico

Formulación de caso

1. Datos sociodemográficos

- **Nombre del consultante:** C.L.
- **Edad:** 11 años de edad
- **Ocupación:** Estudiante
- **Curso escolar actual:** Sexto bachillerato
- **Lugar de nacimiento:** Gamarra (Cesar)
- **Estrato:** 2
- **Domicilio actual:** Bucaramanga
- **Centro escolar:** Colegio Getsemaní
- **Fecha:** Marzo de 2016
- **Remitido:** Si
- **Motivo de la remisión:** Presenta atención dispersa, no acata órdenes, constante indisciplina, no acepta sus equivocaciones.
- **Composición familiar:** Madre e hijo.

2. Genograma



C.L. vive con su madre biológica. Madre y padre separados. El padre vive en otra ciudad donde actualmente tiene un nuevo hogar, conformado por papá, mamá e hijo. La madre mantiene una relación de pareja con otra persona. La relación de C.L. con el padre es conflictiva, mientras que la relación con su madre es cercana y segura. Antes de vivir solo con su madre, C.L. convivía con sus dos padres biológicos, durante los primeros 8 años de edad.

3. Motivo de consulta

Madre: La madre refiere: “He tenido demasiados inconvenientes con el niño porque a él le pegan en el colegio sus compañeros y él devuelve el golpe de una manera peor, en la casa es diferente, es muy noble”.

4. Descripción de la historia de vida

C.L. es hijo único de su madre biológica, pero el mayor de dos hermanos por parte de su padre

biológico. Embarazo deseado, se presentaba control excesivo por parte de su padre, maltrato verbal y psicológico, ya que se presentan insultos y palabras de desprecio. Se manifestaba violencia intrafamiliar. C.L. vivía en una familia conformada por padre y madre hasta los 8 años de edad, y durante esta convivencia C.L. evidencio agresiones físicas y verbales de su padre hacia la madre. Luego se presenta separación de la pareja y desde allí C.L vive junto a su madre, pasa las vacaciones con su padre. Actualmente se presenta abandono, negligencia y descuido por parte del padre del niño. En la actualidad se presentan dificultades en la relación con su madre, debido a que no hay adecuados estilos de crianza. Con el padre la relación es de gran conflictiva. Se presentan comentarios como “no quiero hablar de ese señor porque nos hizo mucho daño a mi mamá y a mí, él le pegaba a mi mamá”. C.L. hace lo que quiere, asimismo ejerce fuerte presión sobre la madre, logrando manipularla fácilmente.

Desde que C.L. presencio agresiones físicas y verbales de su padre hacia su madre en el año 2012, se desencadenan comportamientos disruptivos en el niño. C.L. inicio presentando agresiones físicas, irrespeto a las figuras de autoridad tanto en casa como en el colegio. Cada año la conducta fue más disfuncional. En el grado cuarto (4º) fue retirado del colegio por sus problemas de conducta y rendimiento académico. Fue recibido en el colegio donde actualmente realizaba sus estudios académicos, ha realizado quinto (5º) y sexto (6) de bachillerato. Los profesores ven muy disfuncional el comportamiento de C, agrede a sus compañeros de forma física y verbal, no acata normas en las aulas de clase, no existe respeto a sus figuras de autoridad y el rendimiento académico ha disminuido notablemente, por tal motivo eligen como táctica, realizar permanentes anotaciones en el observador, llevarlo a coordinación, enviar notas y citaciones a la madre de familia. Los directivos del colegio señalan que C.L. se ha convertido en una mala influencia para el grupo y que a todos los niños les incomoda la presencia de él.

Actualmente se encuentra en recuperación de las asignaturas pérdidas, con el fin de poder ingresar a otro colegio, ya que en la institución actual donde realiza el grado sexto (6°), optaron por negarle el cupo y se encuentran realizando el proceso de desescolarización.

5. Evaluación

La evaluación se llevó a cabo en 7 sesiones; una sesión de entrevista con la madre, otra de entrevista con la madre y C.L. 4 sesiones de entrevista y aplicación de los instrumentos con C.L. y la última sesión se realiza nuevamente con la madre y el consultante.

Instrumentos empleados

- Escala de Habilidades Sociales EHS.
- Inventario de Adaptación de Conducta IAC.
- Cuestionario de Auto – Control Infantil y Adolescente CACIA.

6. Áreas de funcionamiento

Área Académica

- Bajo rendimiento escolar.
- Rechazo de sus pares.
- Rechazo de los profesores y directivos.
- Problemas de atención.
- Incumplimiento de normas.
- Incumplimiento de las actividades académicas.

• Agresiones físicas y verbales.
<i>Área social</i> • Relaciones interpersonales deterioradas. • Relaciones interpersonales conflictivas con los pares del colegio. • Rechazo de sus pares, debido a las dificultades de conducta. • Deterioro en la empatía con sus pares y profesores. • Deterioro en las habilidades sociales.
<i>Área Familiar</i> • Irrespeto con la figura de autoridad (madre). • Manipulación hacia la madre. • Distanciamiento con el padre. • Abandono, negligencia y descuido por parte del padre. • No hay normas establecidas en el hogar.
<i>Área sexual</i> • No hay inicio de actividad sexual.

7. Conductas problema

- Agresiones físicas a sus pares.
- Conductas de irrespeto.
- Impulsividad.
- Desobediencia.
- No se ajusta a las normas.
- Relaciones interpersonales deterioradas.

- Poca empatía.
- No hay autocontrol.
- Deterioro en las habilidades sociales.

8. Identificación de factores de predisposición, adquisición, mantenimiento, desencadenantes, protección:

Factores de predisposición

- Violencia intrafamiliar.
- Control excesivo del padre hacia el niño.
- Violencia conyugal durante los primeros 8 años de edad del niño.
- Desprecio del padre hacia el hijo.

Factores desencadenantes

- Inadecuadas pautas de crianza y manejo de la autoridad.
- Maltrato físico y verbal.
- Preferencia hacia el hermano menor por parte del padre.

Factores de mantenimiento

- No hay presencia de normas en los ambientes casa y colegio.
- Relación conflictiva con su padre.

- Relación conflictiva con sus pares.
- Relación conflictiva con los docentes.
- Rechazo social.

Factores de adquisición

- Medio escolar agresivo (amistad con pares que presentan conductas disruptivas).
- Maltrato físico y verbal.
- Exposición al maltrato verbal y psicológico del padre.

Factores de protección

- Apoyo de su abuela materna y tíos.
- Apoyo de la madre.
- Gusto y habilidades por el deporte.
- Reconocimiento de sus conductas disruptivas y lo que genera su comportamiento.
- Deseo de solucionar sus comportamientos y mejorar.
- Apoyo familiar en el proceso terapéutico

9. Análisis funcional

Se evidenciaron algunos factores de riesgo en el consultante C.L. a partir del análisis funcional de la conducta, como resultado, el locus de control interno, ya que C.L. percibe que la causa de su malestar y disfuncionalidad se debe al resultado de sus propias acciones, lo cual se cataloga

como comportamientos disruptivos en los diferentes ámbitos. A nivel contextual, se percibe un estilo de crianza no adecuado por parte de la madre biológica, quien se encuentra encargada de la crianza de C.L. lo cual se refleja en el desajuste de las normas sociales y normas de convivencia en el hogar, donde el consultante no respeta figuras de autoridad, y no sigue normas.

Por otro lado, la exposición temprana a violencia intrafamiliar, se puede relacionar con el desarrollo de la agresividad y la impulsividad en el consultante.

En relación a los factores de mantenimiento, se percibe en C.L. un tipo de atribución disfuncional, creencias irracionales, etiquetamiento, deterioro en habilidades sociales y estrategias de afrontamiento, lo que llevan al consultante a la agresividad e impulsividad.

Con respecto a la relación madre e hijo, se evidencia un vínculo inseguro, donde la madre es sobreprotectora, excusando a C.L. de sus comportamientos disruptivos, otorgando esta respuesta como resultado al maltrato físico, verbal y psicológico que presencio C.L. durante los primeros 8 años de edad por parte de su padre. Asimismo la madre es permisiva con C.L. reforzando las conductas disruptivas.

Se debe agregar que C.L. presenta disfuncionalidad en el ámbito escolar, no logra ajustarse a las normas establecidas por la institución, vive una fuerte conflictiva y relaciones interpersonales deterioradas. Él muestra poco interés a los efectos negativos que puedan llegar a tener a partir de las dificultades. Asimismo presenta una conflictiva alta en la relación con su grupo de pares y figuras de autoridad (profesores), no se presenta respeto por la autoridad ni acatamiento de normas.

10. Hipótesis diagnóstica

A partir del proceso de evaluación psicológica, se establece el siguiente diagnóstico, desde los 4 ejes del DSM – IV – TR y el DSM – 5:

Evaluación multiaxial	
DSM – IV - TR	DSM - 5
<u>Eje I.</u>	Trastorno negativista desafiante 313.81
F91.3 Trastorno negativista desafiante [313.81].	(F91.3)
<u>Eje II.</u>	
Z03.2 No hay diagnóstico [V7109]	
<u>Eje III.</u>	
Ninguno	
<u>Eje IV.</u>	
Problemas relativos a la enseñanza	
<u>Eje V.</u>	
EEAG = 51 (al ingreso)	

11. Hipótesis explicativa

C.L. fue un niño deseado por sus padres. La primera etapa de su infancia vivió con sus dos padres en la ciudad de origen, Gamarra (cesar). No existieron pautas de crianza adecuadas, lo cual generó que C.L. no tuviera un adecuado proceso de adaptación a las normas y respeto por las figuras de autoridad. Creció en un ambiente conflictivo donde presenciaba conductas agresivas

por parte de sus padres, agrediendo mutuamente tanto físico como verbal, es así como C.L. creció con un modelamiento de su padre, aprendiendo por imitación conductas desadaptativas, empezando a transgredir las normas sociales sin tener consecuencia efectiva para ello. Desde el año 2013 se fueron incrementando los comportamientos, cada vez más disfuncionales sin que ello acarreará sanciones en el hogar, por el contrario en el ámbito escolar ha sido expulsado de las instituciones. C.L. fácilmente pierde el control de las diferentes situaciones en su diario vivir y utiliza como última instancia la fuerza para responder ante una situación que no le agrade.

La madre de C.L. no ejerce autoridad real, es permisiva y la culpa la lleva a minimizar la mayoría de comportamientos disfuncionales de su hijo. No hay desarrollo moral ni empatía frente a los sentimientos y necesidades de los otros (pares y figura de autoridad, como los docentes o familiares)

El padre de C.L. presenta un temperamento fuerte y hostil. No hay una adecuada relación de padre e hijo, presentándose discusiones, donde el padre le refiere a C.L. que él no es su hijo. En ocasiones C.L. manifiesta sentir que su padre no lo quiere y quiere más a su hermano menor. El padre no ejerce figura de autoridad ante C.L., ejerce imposición ante cualquier situación, con el fin de lograr tener el control de su hijo, asimismo se comunica hacia él de igual a igual, no diferenciando las edades.

12. Objetivos terapéuticos

- Realizar una psicoeducación con la madre el consultante, frente a las pautas y estilos de crianza.
- Realizar modificación de los pensamientos automáticos negativos por positivos.

- Establecer consecuencias frente a las conductas agresivas.
- Reforzar las habilidades sociales presentes en el consultante y desarrollar aquellas que se encuentran en déficit, con el fin de lograr adecuadas relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales.

13. Intervención

Intervención del estudio de caso.

- **Evaluación del caso:** El objetivo de esta fase estuvo encaminado en la recolección de toda la información pertinente y necesario para establecer las características del caso clínico, a partir de observación y entrevistas clínicas al niño y a su acudiente, aplicación de instrumentos de medición, hipótesis diagnóstica y objetivos terapéuticos (contrato terapéutico). Se requirió de 7 sesiones para esta fase.
- **Psicoeducación frente a los estilos y pautas de crianza:** Una vez establecido las características del caso clínico, a través de las entrevistas y aplicación de instrumentos, fue importante realizar psicoeducación con la madre del niño, frente a los diferentes estilos de crianza y pautas, se utilizó el programa de economía de fichas. Igualmente, los comportamientos disfuncionales fueron explicados a la madre del niño desde el modelo cognitivo – conductual.
- **Contrato de contingencias:** El propósito de esta fase de intervención, consistió en realizar un contrato con el consultante (niño) donde se especificaron las conductas que se desean eliminar y las consecuencias que acompañaran este cambio. Con el fin de implicar al niño en el cambio de su conducta, dejando claro que si se realiza un esfuerzo por

conseguir los objetivos, se van a obtener determinados refuerzos. El contrato se realizó entre dos partes, terapeuta y consultante.

- **Establecimiento de consecuencias frente a las conductas agresivas:** Durante esta fase, se buscaba que el consultante reconociera las consecuencias de las diferentes conductas disruptivas que presentan en el ámbito escolar, por medio de juego de roles.
- **Diferenciación de: pensamientos, emociones y conductas:** La intención de esta fase de intervención, consistió en instruir al niño a realizar una adecuada diferenciación entre pensamiento, emoción y conducta y reconocer la conexión existente entre ellos. Se logró mediante la explicación, que el consultante comprendiera que por medio de la terapia cognitivo – conductual es viable la modificación de todo proceso de información, donde el consultante puede modificar sus pensamientos y por ende puede tener el control de ellos logrando el manejo que de las emociones que se producen. Es así como por medio de la ilustración o argumento dado al consultante del modelo cognitivo – conductual, fue esencial para que él entendiera que tanto los sucesos, las personas o lugares por sí mismos, no son los que generan aquellos sentimientos negativos o malestar en él, sino que eran producidos por la distorsión de pensamientos que tenía frente a estos, generando así sus diferentes emociones. Seguidamente, se entrena a C.L. a identificar los pensamientos automáticos negativos que aparecían en los diferentes contextos, generando emociones no gratas o malestar.
- **Bloqueo de pensamientos automáticos negativos:** Durante esta fase, se trabaja con C.L. frente al control de los pensamientos automáticos negativos, que surgen en diferentes situaciones, las cuales vive en diferentes contextos, por ejemplo: rechazo de sus pares, rechazo de los directivos del colegio, rechazo de su padre biológico. Se entrenó a C.L.

con el fin de lograr en él, la capacidad de reemplazar todo pensamiento automático negativo en positivo, encaminados a resaltar las características positivas en él y todas aquellas cualidades que resaltan.

- **Entrenamiento en habilidades sociales:** El objetivo de esta fase, fue trabajar con C.L. las habilidades sociales, con el fin de incrementarlas o desarrollarlas, mejorando las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales, debido al deterioro de estas que se estaba presentando en el ámbito escolar con sus pares y docentes. Se llevó a cabo a través de la técnica de modelado, donde C.L. aprendiera de forma efectiva y con mayor facilidad, las habilidades, incrementando la efectividad de las mismas. Se realizó varias veces el proceso de modelado en sesión, donde el consultante debía repetir la conducta que estaba realizando la psicóloga, hasta lograr un adecuado aprendizaje. Se le indica a C.L. que aquellas conductas aprendidas, debía replicarlas en el colegio, en la interacción con sus pares y docentes.
- **Evaluación y prevención de recaídas:** Se realiza un análisis de la evolución del problema, desde que llega a consulta hasta el final del tratamiento, realizando un barrido desde la evaluación, hasta las técnicas aplicadas en sesión por sesión. Logrando así identificar los avances positivos y las conductas que requieren de seguimientos.

Anexo 8. Descripción de las sesiones del proceso terapéutico de C.L.

Proceso terapéutico (evaluación e intervención)			
Sesión	Objetivo	Actividad	Resultados
1	Realizar contacto inicial con el caso clínico y la persona que llega a consulta.	Se realiza apertura de la historia clínica, donde se informa al consultante sobre el proceso de atención psicológica, firma de consentimiento informado, datos personales, motivo de consulta e historial de la situación problema.	En la primera sesión, se lleva a cabo con la acudiente del paciente, quien es la madre biológica. Se realizó un encuadre con ella, donde se estableció la duración de las sesiones, los espacios de encuentro, objetivos del proceso terapéutico. Seguidamente se efectúa la firma del consentimiento informado. La apertura de la historia clínica se lleva a cabo inicialmente con los datos personales, motivo de consulta y demás información necesaria para indagar la problemática.
2	Diligenciamiento de la historia clínica.	Por medio de entrevista clínica semiestructurada, se recogió información de la problemática para diligenciar la historia clínica.	Se realiza una segunda sesión con la madre y el consultante C.L. donde se indaga por medio de preguntas, historial de la problemática, configuración familiar, antecedentes familiares y personales (médicos, psiquiátricos). Se logró conocer algunos aspectos relevantes sobre el historial de vida del paciente. La sesión se logró realizar sin ningún inconveniente, hubo participación por parte de la madre y el paciente.
3.	Diligenciamiento de la historia clínica.	Por medio de entrevista clínica semiestructurada, se recogió información de la problemática para diligenciar la historia clínica.	Se realiza la sesión únicamente con el consultante C.L. donde se indaga la percepción que tiene frente a la problemática, relaciones afectivas con su núcleo familiar, relaciones interpersonales. Se logró obtener nueva información sobre el problema por el cual C.L. llega a consulta, así mismo se presentan algunos obstáculos en el desarrollo de la sesión, ya que el paciente se muestra tímido, evade las preguntas y en muchas ocasiones responde diciendo: No sé, si, no.

4.	Diligenciamiento de la Historia clínica.	Por medio de entrevista clínica semiestructurada, se recogió información de la problemática para diligenciar la historia clínica.	Se realiza otra sesión con el consultante C.L. con el fin de continuar indagando antecedentes e historial de vida. Se realizan preguntas enfocadas al ámbito escolar, relación con sus pares y docentes, gustos, actividades que se realizan en el tiempo libre, y factores de riesgo. El paciente manifiesta durante toda la sesión, que sus relaciones interpersonales son adecuadas, en su tiempo libre no realiza ninguna actividad. No se presentaron inconvenientes durante la sesión, el paciente se mostró colaborador, atento y participativo. Se logró obtener una completa sesión donde se registraron datos para la historia clínica.
5	Evaluar la problemática del consultante a partir de instrumentos estandarizados.	Aplicación de instrumentos psicológicos.	de Se realiza una sesión con el paciente C.L. donde se le administra el instrumento: Cuestionario de Auto – Control Infantil y Adolescente CACIA. El diligenciamiento de la prueba, se llevó a cabo durante toda la sesión, con algunas pausas en la misma, ya que el paciente mostraba poco interés en realizar la actividad, se levantó varias veces de la silla, movimiento constante del cuerpo. Por tal motivo se brinda apoyo al paciente frente a la prueba, con el fin de que él lograra contestarla en su totalidad y con éxito.
6	Evaluar la problemática del consultante a partir de instrumentos estandarizados.	. Aplicación de instrumentos psicológicos.	de Se realiza una sesión con el paciente C.L. donde se le administra los instrumentos: Escala de Habilidades Sociales EHS, Inventario de Adaptación de Conducta IAC. No se presentó ningún inconveniente, el paciente se mostró participativo, atento y colaborador. Logro desarrollar la actividad en su totalidad, dando respuesta a las dos pruebas.
7.	Contrato terapéutico.	Realización de contrato terapéutico.	un La sesión se llevó a cabo con la madre del paciente A.G. y el paciente C.L., donde se realiza con ellos un contrato

		terapéutico, en este se establecen los objetivos terapéuticos, responsabilidades de las partes. El paciente y acudiente leen el documento, se les dio la oportunidad de realizar preguntas y así mismo se resolvieron las mismas, al final las partes estuvieron de acuerdo con lo que se llevara a cabo durante el proceso de intervención, se firma el documento. Se evidencio atención y participación por parte de los consultantes.
8.	Psicoeducación con la madre. Psicoeducación con la madre, frente a los estilos y pautas de crianza.	Se realiza una atención psicológica con la madre del paciente. En un primer momento, se explica a la madre del niño, los diferentes estilos y pautas de crianza, como psicoeducación. Con el fin de iniciar con la modificación de comportamiento de C.L. desde casa. Adicional, se le deja una actividad a la madre, donde debe realizar una lista de las normas que debe establecer en casa, actividades y horarios. Durante la sesión, se logra un desarrollo completo de la misma, donde la participación de la acudiente del niño es activa, mostrando interés y asertividad de la misma. No se presenta inconveniente alguno.
9.	Realizar un contrato de contingencias con C.L. Ejecución de un contrato de contingencias con C.L. a partir de los objetivos establecidos en el contrato terapéutico.	En esta sesión, se trabaja con C.L. frente a las conductas problemas que desea cambiar y las consecuencias que esto traerá, entre estas están: Agresión física a sus pares, conductas de irrespeto, ajuste a las normas. Asimismo se logra implicar al paciente en la participación en el cambio de ellas. Se establecen objetivos frente a estas conductas a cambiar. Como actividad se le da un cuaderno, donde el consultante registrará el contrato de contingencias y diariamente ira registrando las conductas que realiza en el colegio, tanto positivas como

		negativas.
10.	Psicoeducación con la madre. Psicoeducación con la madre, frente a los estilos y pautas de crianza.	Durante la segunda sesión con la mamá del paciente, se continúa realizando psicoeducación frente a los estilos y pautas de crianza. En sesión se establecen con la madre del menor, las normas, actividades y horarios que se trabajarán en casa, entre ellos: respeto, cumplir actividades y horarios establecidos, realizar actividades de la casa, colegio y personales. Seguidamente se estableció con la madre, reunirse con su hijo con el fin de hablar sobre lo señalado en sesión (normas, actividades y horarios) que se emplearán en casa, deben hacer registro en carteleras y pegarlas en lugares visibles para C.L.
11.	Establecimiento de consecuencias frente a las conductas agresivas. Juego de roles.	Se realiza nuevamente una sesión con C.L. donde se desarrolla la actividad de juego de roles, allí el consultante experimenta las consecuencias que acarrea toda conducta disruptiva, reconociendo por medio de la verbalización como: “si molesto a mis compañeros, ellos me van a agredir” “si formo indisciplina en clase, los profesores se van a molestar y tendré problemas, me sacaran del salón o firmare el observador” “si agredo verbalmente a mis compañeros, ellos me responderán agresivamente con palabras o golpes” que está actuando de forma no adecuada y esto le está trayendo consecuencias negativas para su vida y las relaciones interpersonales.
12.	Psicoeducación con la madre. Realización del programa económica de fichas.	Se realiza nuevamente una sesión con la madre del paciente, con el fin de realizar un entrenamiento frente al programa de economía de fichas, el cual se debe iniciar a ejecutar en casa, junto a las normas, actividades y horarios establecidos. Se le explica a la madre que el programa consiste en

		entregar un reforzador (ficha) a su hijo de acuerdo a la realización de una conducta deseable o el retiro de la misma cuando la conducta es inadecuada. Asimismo se le explica que debe realizar una lista de las conductas específicas que se quieren modificar, establecer el número de fichas que se puede ganar a la semana, establecer reforzadores, y las reglas del programa. Se logró una participación activa de la madre y un alto interés en realizar la actividad con su hijo en casa.
13.	Diferenciación de: pensamientos, emociones y conductas:	Instruir al C.L. a realizar una adecuada diferenciación entre pensamiento, emoción y conducta y reconocer la conexión existente entre ellos. El objetivo de la sesión, se llevó a cabo por medio de la ilustración o argumento dado al consulta del modelo cognitivo – conductual, donde logró entender que los sucesos, personas y lugares, por si mismos, no son los que generan en él, aquellos sentimientos negativos, sino que son producidos por la distorsión de pensamiento que se estaba presentando. Seguidamente, se entrena a C.L. a identificar los pensamientos automáticos negativos que aparecían en los diferentes contextos, generando emociones no gratas o malestar. También, se hizo énfasis con CL. que por medio de la terapia cognitivo – conductual, es viable realizar modificaciones frente al procesamiento de información, donde él puede modificar sus pensamientos, en la medida en que se adquiere el control de los pensamientos y puede incitar o eliminar las emociones que estos generan.
14.	Bloqueo de pensamientos automáticos negativos:	Se realiza un trabajo con C.L. frente al control de los pensamientos automáticos negativos, que surgen en diferentes situaciones. Se logra realizar un entrenamiento a C.L. frente al control de los pensamientos automáticos negativos, con el fin de lograr reemplazar estos por positivos, encaminados a resaltar las características positivas en él y todas aquellas cualidades que resaltan.

15.

Entrenamiento en habilidades sociales.

Se realiza con C.L. la técnica de modelado.

Pensamientos automáticos negativos: “siempre pierdo matemáticas, así que no estudio porque la voy a perder” “mi mamá siempre esta brava, seguro es por mi culpa” “esto solo me pasa a mí” “todos los niños me aíslan” “soy un torpe” “siempre me porto mal”

Se lograron cambiar los anteriores pensamientos negativos, por los siguientes positivos: “debo esforzarme un poco más para sacar buenas notas en la asignatura de matemáticas, así que estudiaré” “mi mamá esta brava, seguro algo le ocurrió en el día en el trabajo” “esto también le puede ocurrir a las demás personas, no solo a mí” “no todos los niños me aíslan, tengo algunos amigos” “algunas cosas no me salen bien, pero en otras soy muy bueno” “no siempre me porto mal, a veces tengo un comportamiento bueno y me felicitan”

Se realiza la sesión con el paciente C.L. la intervención tiene como fin, realizar la técnica de modelado, se refuerza en el paciente aquellas habilidades sociales que están desarrolladas en él o que se le facilita como: autoexpresión en situaciones sociales, decir no y cortar interacciones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Asimismo se interviene en aquellas que presenta dificultad, entre estas: Expresión de enfado o disconformidad y hacer peticiones, las cuales fueron arrojadas con menor puntuación en la pruebas. El paciente logra aprender de forma efectiva, como desarrollar habilidades sociales, con fin último, tener una mejor calidad de vida, a partir del modelado simbólico, mediante el escrito y la imaginación, el paciente realiza descripciones de comportamientos y consecuencias, promoviendo o generando patrones de

		conducta.
		Se realiza un modelado encubierto, donde se le pide al paciente que imagine las escenas que se le van presentando, también debe imaginar a otra persona, realizando la conducta que se desea instaurar, cuando la imagen se encuentra vívidamente, se solicita que vaya verbalizándola tal y como la realizó el modelo.
		La actividad se logra desarrollar adecuadamente con C.L. se evidencia participación e interés por llevar a cabo lo solicitado.
16.	Evaluación y prevención de recaídas. Se emplea el discurso y análisis pertinente de las verbalizaciones realizadas por el paciente y acudiente.	Durante la última sesión se realiza un análisis de la evolución del problema, desde que llega a consulta hasta el final del tratamiento, realizando un barrido desde la evaluación, hasta las técnicas aplicadas sesión por sesión. Logrando así identificar los avances positivos y las conductas que requieren de seguimiento. Dentro de las cuales están: reforzar los pensamientos automáticos, psicoeducación con la madre con el fin de seguir adquiriendo compromiso frente al proceso terapéutico de C.L.
17.	Seguimiento Llamadas telefónicas, contacto vía e-mail, contacto presencial.	El seguimiento del proceso terapéutico realizado con el consultante C.L. y su acudiente, en este caso la madre biológica, se ha llevado a cabo durante 2 meses después de la última sesión de intervención, se realiza a partir de llamadas semanales, contacto vía e-mail ocasionalmente y encuentros con el paciente cada 2 semanas. En estos acercamientos, la madre reporta que aún se continúan presentando algunos comportamientos en C.L. los cuales dificultan el proceso de adaptación en el colegio, frente a la disciplina y relación con las figuras de

autoridad.

Las dificultades presentes, se deben al bajo compromiso que se evidencia tanto en la madre como en el paciente frente a las actividades que deben ejecutar diariamente, con el fin de ir logrando cambios en la conducta de C.L.

Se encontró que no se continuó ejecutando el contrato de contingencias, las normas, actividades y horarios, el programa de economía de fichas. Tampoco hay acompañamiento de la madre con el hijo frente al proceso académico y comportamental.
