

Evaluación e Intervención Psicológica en Paciente con conductas impulsivas, que asiste al
Centro de Proyección Social de Piedecuesta Santander



Ana Fernanda Uribe

PhD. Psicología Clínica

Docente Asesora

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CORTE XI

BUCARAMANGA

2015

Evaluación e Intervención Psicológica en Paciente con conductas impulsivas, que asiste al
Centro de Proyección Social de Piedecuesta Santander



Estudiante:

Olga Yaneth Cepeda Lizarazo

Ana Fernanda Uribe

PhD. Psicología Clínica

Docente Asesora

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

SECCIONAL BUCARAMANGA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CORTE XI

BUCARAMANGA

2015

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
ABSTRAC	7
OBJETIVOS	8
INTRODUCCIÓN	9
REFERENTE TEÓRICO	12
MÉTODOLOGÍA	20
Población	20
Muestra	20
Instrumentos	20
Procedimiento del caso escogido	22
RESULTADOS	25
Población atendida	25
Muestra	29
INSTRUMENTOS	31
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS	46
ANEXOS	
Anexo 1. Consentimiento informado	51

Anexo 2. Historia clínica	51
Anexo 3. Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA	60
Anexo 4. Cuestionario de agresividad de Buss y Perry AQ	64
Anexo 5. Cuestionario de intereses profesionales	66
Anexo 6. Formato de recepción de caso	72
Anexo 7. Psicoeducación terapia racional emotiva	77
Anexo 8. Psicoeducación habilidades parentales	78
Anexo 9. Autorregistro de Ellis	80
Anexo 10. Formulario de autoayuda de la TREC	81
Anexo 11. Estudio de caso	82
Anexo 12. Plan de intervención	91
Anexo 13. Autorregistro diligenciado por el paciente	94
Anexo 14. Formulario de autoayuda de la TREC diligenciado por el paciente	96

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población atendida según el estado civil	25
Tabla 2. Distribución de la población atendida según el estado socioeconómico	26
Tabla 3. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad	26
Tabla 4. Motivo de consulta de los pacientes	28
Tabla 5. Valoración multiaxial	30

Tabla 6. Resultado pre, durante y post del cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA	32
Tabla 7. Análisis de los resultados pre, durante y post del Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente CACIA por escalas	33
Tabla 8. Resultados del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry AQ	35
Tabla 9. Resultado del Cuestionario de Intereses Profesionales CIPSA	36
Tabla 10. Fase evaluativa de la intervención	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfica1. Porcentaje de población que asistió a consulta psicológica en calidad de remitidos y por cuenta propia	27
Gráfica 2. Porcentaje de horas de inasistencia y asistencia de los pacientes	28
Gráfica 3. Evaluación de la actividad global EEGG	30
Gráfica 4. Resultado del Cuestionario de Intereses Profesionales CIPSA	37

OBJETIVO GENERAL

Disminuir la frecuencia de las conductas impulsivas de un adolescente de 14 años de edad, perteneciente al Centro de Proyección Social de Piedecuesta, mediante la evaluación e intervención cognitivo conductual; basada en la terapia Racional Emotiva de Ellis, para que de esta manera el paciente modifique sus pensamientos y conductas inadecuadas, mejorado así las relaciones con pares académicos y familiares.

Objetivos Específicos

1. Diligenciar historias clínicas de los pacientes atendidos en el Centro de Proyección Social
2. Realizar el proceso de evaluación psicológica por medio de instrumentos que permitan corroborar las hipótesis establecidas.
3. Diseñar e implementar un plan de intervención psicológica para disminuir la frecuencia de las conductas impulsivas en el paciente.
4. Evaluar los resultados obtenidos en el paciente mediante la aplicación de un pre, durante y un post tratamiento, conociendo así la eficacia de la intervención realizada.

RESUMEN GENERAL DE LA MONOGRAFÍA

TÍTULO: Evaluación e intervención psicológica en pacientes que asisten al Centro de Proyección Social de Piedecuesta Santander.

AUTOR: Olga Yaneth Cepeda Lizarazo

FACULTAD: Especialización en psicología clínica

DIRECTORA: PhD. Ana Fernanda Uribe Rodríguez

La información plasmada en este documento hace referencia al trabajo realizado durante el proceso de práctica de especialización en clínica llevado a cabo en el Centro de Proyección social del Municipio de Piedecuesta Santander, bajo el enfoque cognitivo conductual y la terapia racional emotiva, donde se atendió un número total de 8 pacientes con edades comprendidas entre los 5 y 38 años, con una media de 15.87 años y una desviación típica de 10.41 años. El 75% fueron hombres y el 25 % mujeres. Por tanto se tuvo en cuenta la asistencia y compromiso de cambio para la elección de un caso con el fin de hacer un ejercicio investigativo con mayor profundidad, siendo este un adolescente que presenta conductas impulsivas, estableciendo como principal objetivo la disminución de la frecuencia de dichas conductas, el cual se logró gracias a la aplicación de técnicas de autocontrol, las cuales a su vez permitieron una mejora en la relación con pares académicos y familiares.

PALABRAS CLAVES: Impulsividad, terapia racional emotiva, agresividad, habilidades parentales.

GENERAL SUMMARY OF THE MONOGRAPH

TITLE: Evaluation and psychological intervention in patients attending the Centre for Social Projecting Piedecuesta Santander.

AUTHOR: Olga Lopez Cepeda Yaneth

FACULTY: Specialization in Clinical Psychology

DIRECTOR: PhD. Ana Fernanda Uribe Rodríguez

The information reflected in this document refers to the work done during practice specialization in clinical held at the Center for Social projection of the municipality of Piedecuesta Santander, under the cognitive behavioral approach and rational emotive therapy, where he handled a total number of eight patients aged between 5 and 38, with an average of 15.87 years and a standard deviation of 10.41 years. 75% were men and 25% women. Therefore it took into account the assistance and commitment to change for the election of a case in order to make a deeper research exercise, this being a teenager posing impulsive behaviors, setting as its main objective the reduction of the frequency of such behavior, which was achieved through the implementation of self-control techniques, which in turn allowed an improvement in the relationship with family and academic peers.

KEYWORDS: Impulsivity, rational emotive therapy, aggression, parenting skills.

INTRODUCCIÓN

El documento que se presenta a continuación contiene los fundamentos teóricos, metodológicos y resultados obtenidos durante el proceso de práctica realizado desde la psicología clínica, con el objetivo de desarrollar habilidades de evaluación, e intervención que permitan el manejo adecuado de las funciones de todo psicólogo que se desarrolle dentro de esta área. Para tal fin dicho proceso se llevó a cabo en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta, CPS, el cual abrió sus puertas para desarrollar proyectos sociales desde el 28 de Junio de 2006 mediante la resolución rectoral No. 038 – 06. Este se encuentra ubicado en la carrera 8 N° 6-37 del barrio Hoyo Chiquito.

El Centro de Proyección Social (CPS) pertenece a la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga y tiene por misión orientar y desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad, buscando ser punto de referencia donde converja la comunidad Piedecuesta y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en el desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos.

Así mismo el CPS tiene como principales objetivos brindar una atención de manera igualitaria a las necesidades de la comunidad, construir relaciones de confianza basadas en el respeto, establecer comunicación con la comunidad, prestar de manera oportuna los servicios creando lazos de cooperación y compromiso. Todo esto basado en valores como el respeto, reconocimiento, vocación de servicio, honradez, solidaridad, justicia, creatividad e innovación, liderazgo, lealtad, a eficiencia, ordenamiento y la equidad de los recursos humanos.

El proceso de práctica realizado en esta institución estuvo bajo la asesoría de la Doctora Ana Fernanda Uribe, quien brindó las herramientas necesarias basadas en la orientación para el manejo de las diferentes problemáticas que llegaban a consulta, motivando a la investigación como fortalecimiento de la formación profesional desde el área de la psicología clínica. Por tanto la atención psicológica se realizó en diferentes horarios teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo de los pacientes, con una duración de 8 horas semanales y 1 hora por consulta, contando con un espacio adecuado para tal fin.

El número de pacientes atendido fue de 8, los cuales dos son menores de edad, sexo femenino y los demás fueron adolescentes y un adulto. Las principales problemáticas encontradas fueron deserción escolar, problemas de comportamiento, impulsividad en las relaciones interpersonales, bajo rendimiento académico, asertividad y resolución de conflictos. Para dicho proceso se contó con 120 horas de las cuales 60 pertenecían a la práctica uno la cual estaba orientada a desarrollar las habilidades de evaluación de las problemáticas que presentaba cada uno de los pacientes atendidos; haciendo uso de consentimientos informados, historias clínicas, formatos de remisión, entrevista clínica e instrumentos que permitieran corroborar las hipótesis surgidas durante el proceso de formulación de caso, para así diseñar un proceso de intervención que permita una mejoría significativa de la problemática.

Por tal motivo durante 60 horas se implementa el plan de intervención de acuerdo a las necesidades del paciente el cual consta de unos objetivos, unas actividades, unas técnicas específicas a implementar de acuerdo con el modelo terapéutico y el tipo de terapia que se vaya a implementar. En este caso se utilizó el modelo cognitivo conductual y la terapia Racional Emotiva

de Ellis por el componente cognitivo y emocional de las problemáticas presentadas por el paciente seleccionado para el estudio de caso.

MARCO TEÓRICO

La adolescencia es una etapa del ciclo vital la cual ha sido de gran interés para los investigadores, ya que debido a sus características esta se asocia con diferentes problemáticas que se han venido investigando a lo largo de los años. Una de esas problemáticas es la impulsividad la cual le impide al ser humano tener un control en sí mismo. Es así como Caña, Michelini, Acuña y Godoy (2015) en su investigación sobre los efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones retoman lo expuesto por Spear (2013) el cual la definió como el proceso de cambio que vive el ser humano, pasando por un periodo de transición a la adultez encontrándose entre los 12 y 25 años de edad. Dichos cambios se relacionan con la parte fisiológica, hormonal, social y cognitiva.

Es así como esta etapa se convierte para los padres en algo difícil de manejar, por la presencia de diferentes situaciones de riesgo a las que están expuestos diariamente; las cuales se relacionan con drogadicción, conflictos, deserción escolar, impulsividad, agresividad entre otras (Arias, 2013). Todo esto debido a que los padres cuentan con poco tiempo para compartir con sus hijos, lo que en muchas ocasiones ha llevado a suplir estas carencias afectivas con cosas materiales que generan una crianza inadecuada viéndose afectada la interacción cotidiana de las familias, que aplican estrategias caracterizadas por el control y exigencia de normas y reglas que no se han establecido con anterioridad (Ossa, Navarrete & Jiménez, 2014). Es por esta razón que se considera importante que los padres se formen en competencias y habilidades parentales para que puedan ejercer de una mejor manera su función educadora y de esta manera disminuir problemáticas familiares y sociales, las cuales han venido aumentando en los últimos años.

En este aspecto Sallés y Ger (2011) en su artículo sobre competencias parentales retoman el concepto otorgado por Rodrigo, Máiquez, Martín y Byrne (2008), quienes las establecen como “el conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativa la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos/as y con los estándares considerados como aceptables por la sociedad” (p.29).

Así mismo tienen en cuenta en su artículo lo expuesto por Barudy y Dantagnan (2010), donde hacen énfasis en que las capacidades parentales que se consideran fundamentales, son aquellas que hacen énfasis en recursos emotivos, cognitivos y conductuales que los padres otorgan a sus hijos teniendo en cuenta las experiencias de apego las cuales proporciona seguridad tanto para los padres como para los hijos (Sallés & Ger, 2011).

Por tanto Rodrigo, Martín, Cabrera y Máiquez (2009) citados por Sallés & Ger (2011) en su investigación exponen una serie de habilidades que deberían estar presentes en una parentalidad competente dentro de las cuales se incluyen las educativas, que hacen referencia a la calidez y afecto en las relaciones, control y supervisión del comportamiento, estimulación y apoyo del aprendizaje, autoeficacia parental; las habilidades de agencia parental definidas como los acuerdos a los que llega la pareja con respecto a los criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos, lo cual implica esfuerzo, tiempo y dedicación.

De igual manera debe desarrollar las habilidades de autonomía personal y capacidad de búsqueda de apoyo social, que consideran la necesidad que tienen los padres de buscar ayuda de personas significativas con la finalidad de complementar el rol parental para solucionar problemáticas con los hijos y tener una adecuada relación con ellos y así desarrollar habilidades para la vida personal, entendidas como la capacidad para controlar los impulsos, manejo de asertividad en las relaciones interpersonales y una autoestima que les permita tener confianza en

sí mismos, para potencializar sus habilidades sociales en la búsqueda de estrategias para hacer frente a situaciones desagradables, manejo de conflictos, planificación de su proyecto de vida y afrontamiento de nuevos retos de forma optimista, y dando cumplimiento a cada una de las habilidades de organización doméstica para la buena higiene y control de la salud de los miembros de la familia (Sallés & Ger, 2011).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente y retomando lo expuesto en el artículo de Sallés y Ger (2011), nuevamente Rodrigo et al., (2008) aportan a este concepto considerando que las competencias parentales estarían determinadas por la combinación de tres factores como las condiciones psicosociales en las que vive la familia por ejemplo, la monoparentalidad, niveles educativo bajos o precariedad económica; el escenario educativo que los padres han construido para interactuar con él, características de vulnerabilidad y resiliencia que tengan los hijos de una u otra manera determinarían las competencias parentales en los padres.

Es así como Cruz, Linares y Arias (2014) en una investigación que realizaron sobre la relación que existe entre los estilos educativos parentales y la agresividad en adolescentes tomaron como punto de referencia el modelo establecido por Baumrind (1971), Maccoby y Martin (1983) los cuales mencionan que la combinación de niveles de afecto y control conllevan al establecimiento de cuatro estilos educativos. “Estos estilos son democrático, permisivo, autoritario y negligente” (p. 150). El primero de ellos se caracteriza por la capacidad que tienen los padres para equilibrar de forma efectiva los niveles de afecto y control, permitiéndose supervisar el comportamiento de sus hijos, apelando a la autoridad como padres en el momento que ellos desobedecen las normas estipuladas en el hogar. El negligente se caracteriza por la falta de control llegando a una despreocupación y desinterés de los padres hacia la conducta de sus hijos. Un patrón permisivo se caracteriza por niveles elevados de afecto hacia los hijos, pero ausencia de control,

lo cual no les permite a los hijos desarrollar un suficiente grado de madurez; y finalmente, el estilo autoritario es aquel en donde los padres presentan pocas manifestaciones de afecto hacia sus hijos exigiendo obediencia y respeto por la autoridad paterna (Cruz et al., 2014). Así mismo, Mestre, Frías y Samper (2004) encontraron en una investigación realizada con adolescentes españoles, que los estilos de crianza de los padres ocupan un segundo puesto en el perfil diferencial entre sujetos con alta y baja disposición prosocial cuando se combinan con altos niveles de impulsividad.

Por tanto, la agresión hace parte de las conductas violentas que pueden expresar los adolescentes ante cualquier situación de desagrado, y se puede decir que esta posee cuatro componentes, los cuales están clasificados en agresividad física, agresividad verbal, hostilidad e ira, donde la agresividad física y verbal presentan un componente de tipo instrumental, la hostilidad de tipo cognitivo y la ira de tipo emocional (Pinzón & Briñez, 2011).

Como complemento a lo anterior López, Sánchez, Rodríguez & Fernández (2009) ofrecen una descripción de cada uno de los componentes de forma más detallada partiendo desde la definición de la agresividad física, como aquella que se manifiesta a través de golpes, empujones, etc para atacar y causar daño, utilizando el cuerpo o un objeto externo para infligir una lesión o daño, la agresividad verbal se manifiesta a través de palabras que conllevan a insultos, amenazas, burlas, sobrenombres como medio para referirse a otras personas. La ira se relaciona con un sentimiento o un estado de ánimo de enfado o disgusto provocado por otra persona y finalmente el concepto de hostilidad se retoma según lo expuesto por Buss (1961) citado en (López et al., 2009), quien la define como una actitud que implica disgusto y un proceso de evaluación cognitiva hacia los demás.

De igual manera, Morales (2007) con el deseo de explicar el efecto que tiene la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes,

retomó la teoría de Barratt (1994), quien diseñó una clasificación de la agresividad en tres categorías básicas, a las que llamó agresividad premeditada o adquirida, agresividad por motivos médicos y agresividad impulsiva; interesándose por esta última la cual se caracteriza por falta de control de impulsos y es a la vez entendida desde los factores cognitivos, motores y planificadores; que son los que hacen que las personas se comporten de cierta forma, donde el primero de ellos implica actuar sin pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento, el segundo toma de decisiones rápidas y la última es la tendencia a no planificar la conducta.

Debido a que la ira y la impulsividad están relacionadas con la hostilidad, Bonet y Suárez (2011) consideran necesario el entendimiento de dicha relación basándose en componentes cognitivos, los cuales involucran creencias, expectativas y actitudes negativas duraderas y estables sobre las demás personas, y actuando de forma defensiva y con un alto nivel de alerta.

Autores como Magán, Sanz y García (2011) en un estudio sobre la ira y la hostilidad con relación a la depresión, cuyo objetivo fue examinar la relación entre ira, depresión y pensamientos negativos de ira-hostilidad, hacen especial énfasis en lo expuesto por:

Pérez Nieto, Redondo Delgado y León (2008); Smith (1994), quienes afirman que la ira es “una emoción primaria negativa que se caracteriza por una elevada activación psicofisiológica y una expresión facial distintiva acompañada de sentimientos que pueden ir desde la irritación leve o el enfado moderado hasta la rabia o la furia intensa, y que tiene lugar cuando se percibe que algo o alguien ha impedido injustamente la consecución de una meta o la satisfacción de una necesidad o bien se recibe un daño considerado injusto y causado por otros” p. 194.

Por su parte, Penado, Andreu y Peña (2013) en un estudio sobre la impulsividad en adolescentes agresivos tuvieron en cuenta las diferentes manifestaciones que pueden presentar con esta conducta, para lo cual retomaron los aportes otorgados por Andreu (2009); Raine et al., (2006); Ramírez y Andreu (2006); quienes clasificaron la conducta agresiva en tres dimensiones

entendidas como el modo de expresión, dirección y función que la motiva; “donde esta última ha sido de gran interés al permitir analizar qué factores y procesos psicológicos desencadenan, predisponen y mantienen las conductas agresivas durante la infancia y la adolescencia” (p. 734). Por tanto, la agresividad viene a ser el resultado de procesos conductuales, cognitivos, de aprendizaje, emocionales y biológicos (López et al., 2009) donde si no es detectada a tiempo traerá consecuencias cada vez mayores en la vida de las personas.

En este aspecto cabe resaltar lo investigado por Adames y Rojas (2012) en su estudio sobre “El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus efectos en el rendimiento de los adolescentes”, donde mencionan que la impulsividad en edades tempranas, puede desencadenar al consumo de sustancias psicoactivas, conductas antisociales y criminales. Lo cual indica que si un niño es diagnosticado con altos niveles de impulsividad debe contar con un adecuado proceso de intervención para evitar que en la etapa de la adolescencia lleguen a ser personas desafiantes-negativas y se conviertan más adelante en personas violentas, involucrados en problemas que pueden llegar a convertirlos en delincuentes.

Es por esta razón que considerando la etapa de la adolescencia y lo mencionado anteriormente, se puede afirmar que dichos cambios pueden interferir en el plan de vida y generar un estancamiento en algunas de sus áreas como puede ser la académica. En este caso el paciente presenta insatisfacción de su plan de vida, en la medida que se considera importante trabajar en la consideración de posibilidades reales, intereses y cumplimiento de acciones que le permitan la orientación de determinados logros (Cortez, López, Mejía, & Salgado, 2013).

En este caso con miras a realizar un proceso de evaluación e intervención psicológica de cada una de las problemáticas presentadas en los pacientes atendidos durante el proceso de práctica se decidió aplicar el enfoque cognitivo conductual, debido a que este ha sido uno de los

más utilizados en psicología clínica en los últimos años gracias a su efectividad demostrada con los mejores resultados en el manejo de las problemáticas de las personas; siempre y cuando el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

Es así como se decide intervenir en un caso de impulsividad de un adolescente mediante este modelo y la utilización de la terapia racional emotiva de Ellis, ya que abarca el componente racional y el componente emocional; utilizando técnicas de autocontrol como respiración, relajación progresiva de Jacobson, psicoeducación, autorregistro, dialogo socrático, detención de pensamiento, asertividad oposición, y role play.

Labrador, Cruzado & Muñoz (2006) en su libro manual de técnicas de modificación y terapia de conducta retoma a (Ellis, 1975, 1977,1984.), quién como fundador de esta terapia mantiene la idea de que en “las alteraciones psicológicas, existe una interacción entre los procesos psicológicos humanos donde cogniciones, emociones y conductas se superponen y se parte del supuesto de que la forma en que se perciben los hechos interactúa con la evaluación cognitiva, emociones y conducta” (p. 672). De esta manera se considera que “la causa principal de las perturbaciones emocionales es la forma como piensa el individuo, es decir la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general” (p. 672).

De igual manera es importante resaltar que está terapia consta de cuatro fases, las cuales inician por la explicación del esquema A-B-C al cliente, es decir como las personas crean y destruyen sus perturbaciones; seguidamente la detección de las ideas irracionales, el debate, y distinción y discusión de estas creencias; para lo cual se debe finalizar con la consecución de un nuevo efecto o filosofía; es decir un nuevo pensamiento (Labrador, Cruzado & Muñoz, 2006).

En este aspecto los autores afirman que “A través del esquema A-B-C se explica al cliente cual es el proceso de las alteraciones emocionales y conductuales donde A, hace referencia a acontecimientos y sucesos activadores la cual será alguna experiencia de la vida real del cliente. B indicará los pensamientos irracionales que la experiencia anterior puede generar y C son las consecuencias, las cuales corresponden al malestar emocional y conductual producido por la percepción del acontecimiento” (P.672). Labrador, Cruzado y Muñoz (2006).

Por consiguiente, Caballo, (1993) en su libro manual de técnicas de terapia y modificación de conducta hace hincapié en lo expuesto por Ellis y Dryden (1987) quienes afirman que “para lograr un cambio la persona tiene que darse cuenta que los pensamientos son los que crean perturbaciones psicológicas, reconocer la capacidad de modificarlas, comprender que las perturbaciones emocionales y conductuales provienen de creencias irracionales, cuestionar dichas creencias, intentar internalizar sus nuevas creencias racionales y hacer que estas perduren por el resto de la vida” (p.480).

Es precisamente esto lo que se busca con el proceso de intervención en el paciente, lograr que cambie sus creencias irracionales acerca de eventos que lo hacen actuar de forma impulsiva y que de esta forme logre mantener un mejor autocontrol de su conducta.

METODOLOGÍA

Población

La práctica de especialización en psicología clínica se llevó a cabo en el Centro de Proyección Social del Municipio de Piedecuesta Santander, con un total de 8 pacientes atendidos, los cuales son de sexo masculino y femenino, niñas, niños, adolescentes y adultos; de los cuales 3 fueron remitidos por la institución educativa y los otros 5 asistieron a consulta psicológica por iniciativa propia.

Muestra

De los 8 pacientes atendidos se seleccionó el caso de un adolescente con problemas de impulsividad en sus relaciones interpersonales, teniendo en cuenta el cumplimiento en la asistencia a cada una de las sesiones, el interés por el proceso, los cambios en su escala de evaluación de la actividad global (EEAG) al finalizar las sesiones y el interés como profesional.

Instrumentos

Durante el desarrollo de la práctica efectuada desde el programa de especialización en psicología clínica se utilizaron los siguientes instrumentos.

Consentimiento informado: Documento establecido como parámetro para dar a conocer al usuario aspectos relacionados con la confidencialidad, los beneficios que puede obtener con el proceso psicológico así como sus compromisos adquiridos frente a este. (Ver Anexo 1).

Historia clínica: Es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran los datos sociodemográficos, motivo de consulta, antecedentes y principales

problemáticas que presenta el paciente con miras a establecer un diagnóstico certero. Según la Resolución 1995 de 1999, pág. 1. (Ver Anexo 2).

Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente (CACIA): Es un cuestionario desarrollado por Capafóns y Silva (1995), el cual consta de 89 ítems que evalúa el autocontrol. Consta de 5 escalas de autocalificación, las cuales debe contestar la persona a la que se evalúa para medir el autocontrol en niños mayores y adolescentes entre once y diecinueve años de edad. De las 5 escalas 3 miden aspectos positivos del autocontrol (la retroalimentación personal, el retraso de recompensa, y el autocontrol criterial), otra evalúa aspectos negativos (autocontrol procesual) y la última viene siendo una escala de sinceridad. La corrección se realiza mediante un ejemplar autocorregible que permite realizar una corrección ágil y fiable. (Ver Anexo 3).

Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (AQ): Este cuestionario fue creado por (Buss, & Perry, 1992), a partir de Hostility Inventory y elaborado por (Buss & Durkee, 1957). Costa de 29 ítems los cuales se evalúan a partir de una escala tipo liker a la cual se debe responder: completamente verdadero para mí, bastante verdadero para mí, ni verdadero ni falso para mí, bastante falso para mí y completamente falso para mí. Esta escala mide dimensiones de ira, agresión física, agresión verbal, y hostilidad. El instrumento demostró en el proceso de validación al contexto español una consistencia interna de 0.884 (Morales, Codorniu & Vigil, 2005). (Ver Anexo 4).

Cuestionario de Intereses Profesionales CIPSA: Cuestionario creado por Andrade y Fernández, con la colaboración de Navarro (1992); consta de 12 escalas factores: físico-química, derecho-legislación, medicina-sanidad, servicios, ciencias humanas, ciencias biológicas, actividades literarias, publicidad-comunicación, artes plásticas-música, organización-mando, enseñanza y relaciones económicas-empresariales; por lo tanto permite conocer la estructura

diferencial y jerarquización de los intereses profesionales del sujeto y determinar, en base a las elecciones y rechazos de las profesiones, el tipo de consejo orientativo en la toma de decisiones académico profesionales. (Andrade, Fernández & Navarro, 1992). (Ver Anexo 5).

Procedimiento del caso escogido

Diligenciamiento formato de recepción de caso: El día 20 de marzo de 2015 llega a consulta el paciente C.A.R.A, en compañía de su madre. Se toman los datos sociodemográficos, motivo de consulta, causas, sintomatología y así mismo se dan a conocer las condiciones del proceso psicológico el cual estará respaldado por el consentimiento informado. (Ver Anexo 6).

Apertura de historia clínica: Se abre historia clínica con los datos sociodemográficos del paciente y se indaga a profundidad sobre el motivo de consulta, evaluando las áreas de ajuste, antecedentes y posibles alternativas de solución que se han utilizado. (Ver Anexo 2).

Evaluación clínica: El proceso de evaluación se llevó a cabo en 6 sesiones, durante las cuales se indagó acerca de la problemática del paciente, lo cual permitió la selección de instrumentos como el cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente CACIA y el Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (AQ), como herramientas para corroborar las hipótesis surgidas, para finalmente construir un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual basado en el diagnóstico. Así mismo se utilizó el Cuestionario de Intereses Profesionales CIPSA, para identificar las habilidades y aptitudes que tiene el paciente para llevar a cabo su plan de vida.

Análisis de los resultados de la evaluación: Se analizan los resultados obtenidos en cada una de los instrumentos aplicados y a partir de ellos se diseña un proceso de intervención que responda a las necesidades del paciente.

Intervención clínica: De acuerdo con los resultados obtenidos en el proceso de evaluación y la revisión teórica sobre las problemáticas del paciente, se diseña la intervención desde el enfoque cognitivo conductual basado en la Terapia Racional Emotiva de Ellis, por su componente cognitivo y emocional, tanto para el paciente como para su madre; (Ver Anexo 12) haciendo uso de técnicas de autocontrol, respiración, relajación, psicoeducación, autorregistros, diálogo socrático, detención de pensamiento, formulario de autoayuda de la TREC, asertividad oposición, role play, una prueba de orientación vocacional y orientación sobre la misma.

A continuación se dan a conocer brevemente cada una de las técnicas.

Respiración: La respiración es una técnica de autocontrol emocional, la cual facilita un proceso de autorregulación en el paciente. En este caso permite controlar la conducta impulsiva para prevenir que se presenten actos de hostilidad manifestados en un tipo de agresión (Chóliz, 2012).

Relajación muscular de Jacobson: La técnica de Jacobson es una de las más utilizadas por los terapeutas para reducir la tensión tanto física como mental; ya que disminuye el estado de activación del organismo, mediante la estimulación de los diferentes músculos, generándose un proceso de tensión-distensión (Chóliz, 2012).

Psicoeducación: El profesional de la psicología que utiliza esta técnica tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar al paciente con mayor entendimiento y claridad el problema o la patología. En este caso se hace psicoeducación al paciente en cuanto al tipo de terapia que se va a utilizar (ver anexo 7) y a su madre en habilidades parentales (Bulacio, Vieyra, Alvarez & Benatuil, 2004). (Ver anexo 8).

Autorregistro de Ellis: El autorregistro de Ellis, consiste un formato donde el paciente lleva un registro detallado de situaciones, pensamiento y emociones (Bados & García, 2010). (Ver Anexo 9).

Dialogo socrático: Es una técnica cognitiva que tiene como finalidad hacer caer en cuenta al paciente de sus creencias irracionales, por medio de preguntas orientadas a la reflexión y al confrontamiento (Partarrieu, 2011).

Detención de pensamiento: El método de detención de pensamiento también llamado bloqueo o parada de pensamiento, consiste en la interrupción y modificación, por medio de la sustitución, de los pensamientos asociados. Es decir, “se entrena el paciente para que excluya, incluso antes de su formulación, cualquier pensamiento indeseable o improductivo” (p. 123) (Wolpe, 1993) citado en González (2009).

Formulario de autoayuda de la TREC: Es un formulario que se utiliza como tarea para la casa, con la finalidad de ayudar al paciente a encontrar una salida a sus pensamientos irracionales. (Lega & Velten, 2008). (Ver Anexo 10).

Técnica de asertividad oposición: Es una técnica donde se busca enseñarle al paciente a decir no de forma asertiva sin sentirse culpable buscando diferentes alternativas para expresarlo, sin importar la situación que se le presente (Da Dalt & Difabio, 2002).

Role play: Es considerado como una de las principales técnicas psicodramaticas, a través de la cual se simula una situación que se le presenta al paciente y se motiva a actuar como si se tratara de la vida real; el objetivo de esta “es imaginar la forma de actuar y las decisiones que tomaría cada uno de los personajes en situaciones diferentes. Después, se trata de actuar como ese personaje en cada uno de los casos” (p. 2) (Padilla, 2000).

Seguimiento: el seguimiento en el proceso de intervención se llevó a cabo mediante tareas para la casa como son los autorregistros y el formulario de autoayuda de la TREC.

Cierre de caso: Después de haber realizado el proceso de intervención y aplicar una evaluación pre, durante y después del tratamiento se da por finalizado el caso y se concretan algunas fechas para hacerle seguimiento vía telefónica, dejándole claro al paciente y a su madre que en el momento en el que se requiera sesión terapéutica deben acercarse al Centro de Proyección Social.

RESULTADOS

Población atendida

La población atendida durante el proceso de práctica de Especialización en Psicología Clínica fue de 8 pacientes en total, los cuales son menores de edad, adolescentes y un adulto; los rangos de edad de los pacientes oscilan entre los 5 y 38 años. Una media de edad de 15.87 años y una desviación típica de 10.41 años. El 75% fueron hombres y el 25 % mujeres.

En la Tabla 1 se observa que el mayor porcentaje de pacientes atendidos durante la práctica con respecto al estado civil son solteros y separados. El primero con un porcentaje de 87,50% y el segundo con un 12,50%. Por el contrario no se atendieron personas casadas y tampoco que convivan en unión libre.

Tabla 1: Distribución de la población atendida según el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje %
Casado	0	-
Soltero	7	87,50
Separado	1	12,50
Unión libre	0	-
Total	8	100,00

En cuanto al nivel socioeconómico se observa en la Tabla 2 que cuatro de los pacientes atendidos pertenecen al estrato 3 con un porcentaje de 50%, siguiendo el estrato 1 y 2 con un 25%, y finalmente el estrato 4 con un 0%; lo cual quiere decir que el estrato socioeconómico que prevalece en la población atendida es de 3.

Tabla 2. Distribución de la población atendida según el estrato socioeconómico.

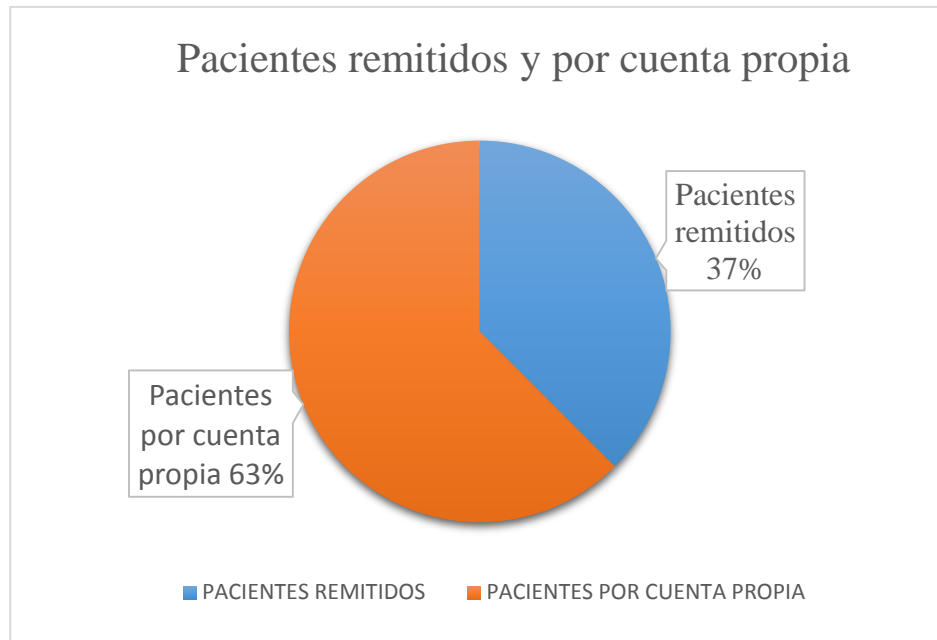
Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje %
1	2	25%
2	2	25%
3	4	50%
4	0	0%
Total	8	100%

En cuanto el nivel de escolaridad en la Tabla 3 se observa que el 25% están cursando el grado sexto de bachillerato, y los demás niveles de escolaridad pertenecen al 12,5% lo cual quiere decir que en preescolar, primero, segundo, séptimo, noveno y técnico se atendió un paciente por cada una de las categorías.

Tabla 3. Distribución de la población atendida según el nivel de escolaridad

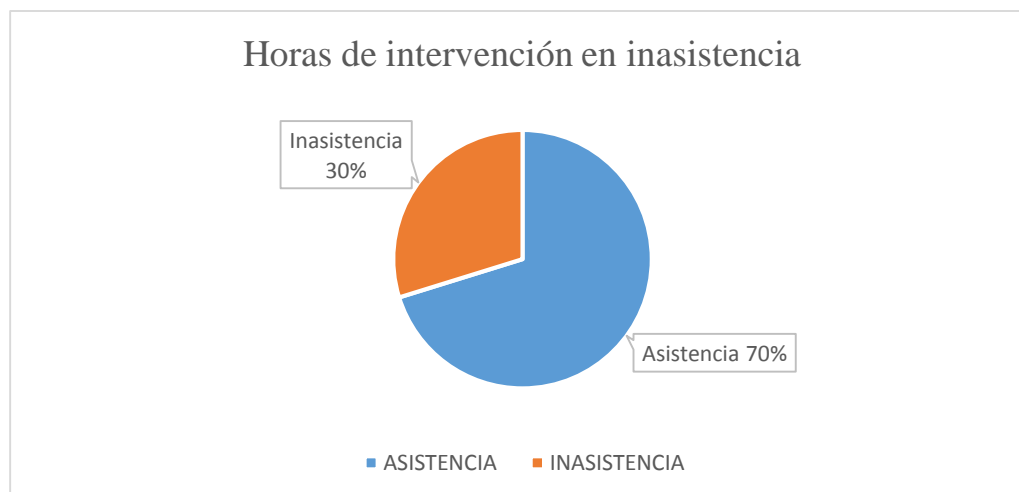
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Preescolar	1	12.5%
Primero primaria	1	12.5%
Segundo primaria	1	12.5%
Sexto	2	25%
Séptimo	1	12.5%
Noveno	1	12.5%
Técnico	1	12.5%
Total	8	100%

Del total de la población atendida durante el proceso de práctica el 63% asistieron a consulta psicológica de forma autónoma, es decir por su propia cuenta y el 37% fueron pacientes que asistieron en calidad de remitidos por instituciones educativas del municipio de Piedecuesta Santander (Véase Gráfica 1).



Gráfica 1. Porcentaje de población que asistió a consulta psicológica en calidad de remitidos y por cuenta propia.

Durante el proceso de práctica se dio cumplimiento a un total de 120 horas, se programaron 47 citas, de las cuales el 70 % se realizó evaluación e intervención y 30% restante seguimiento a los casos ya que los pacientes no asistieron a consulta, (Véase Gráfica 2).



Gráfica 2: Porcentaje de horas de inasistencia y asistencia de los pacientes.

Los motivos de consulta con mayor prevalencia en los pacientes atendidos son los problemas de comportamiento con un 37,5%, siguiendo los problemas a nivel académico con un 25% y sospecha de abuso sexual, ansiedad, y dificultades en la comunicación asertiva con un 12.5% según se observa en la Tabla 4.

Tabla 4. Motivo de consulta de los pacientes.

Motivos de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Sospecha de abuso sexual	1	12,5%
Problemas académicos	2	25%
Ansiedad	1	12,5%
Problemas de comportamiento	3	37,5%
Dificultades en la comunicación asertiva	1	12,5%
Total	8	100%

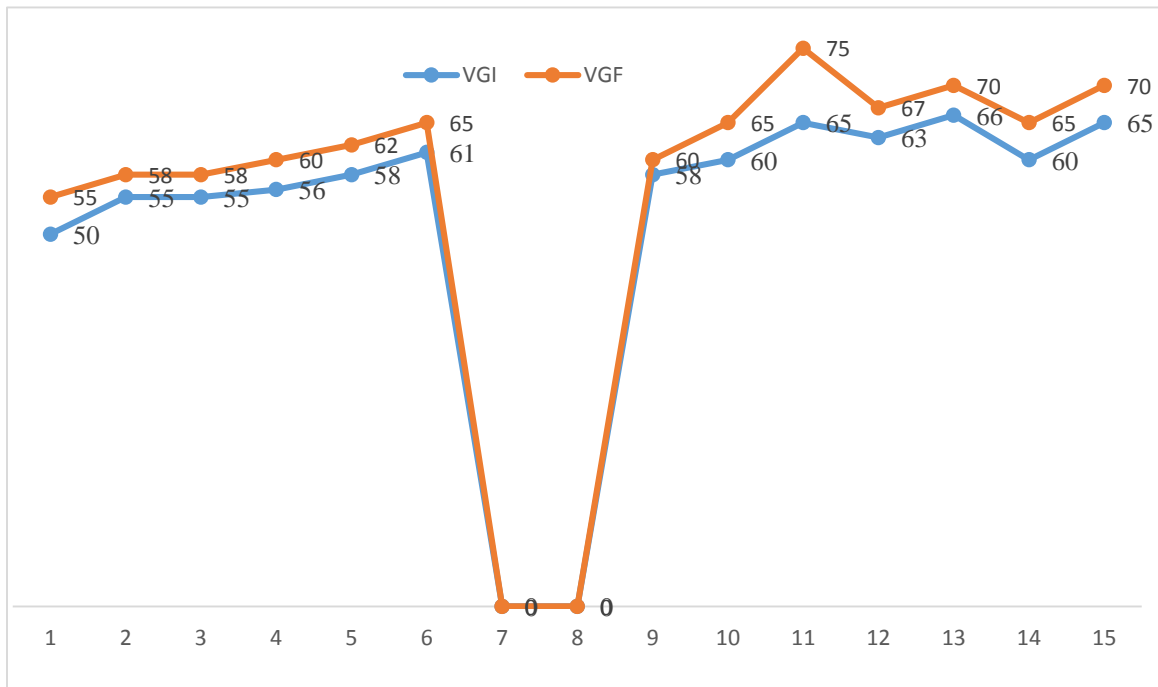
Muestra

De los pacientes atendidos durante el proceso de práctica se seleccionó uno el cual cuenta con las siguientes características clínicas.

C.A.R.A, es un adolescente de 14 años de edad que llega por primera vez a consulta el día 20 de Febrero de 2015 en compañía de su madre; quien manifiesta preocupación por el comportamiento de su hijo; ya que este fue suspendido la institución educativa y ha intentado agredirla físicamente por los llamados de atención que le hace constantemente en la casa. Durante su infancia compartió periodos de tiempo muy cortos con su padre y observaba la violencia intrafamiliar que se vivía en la casa. A los 7 años de edad vivió la separación de sus padres. (Ver Anexo 11).

En la Gráfica 3, se puede observar la escala de evaluación global realizada al paciente en cada una de las sesiones. De igual manera se observa en las sesiones 7 y 8 que el paciente no asistió a consulta y en las demás se nota que hay un mejoramiento de acuerdo a los valores establecidos en la valoración general inicial (VGI) y en la valoración general final (VGF).

Sin embargo, se encuentran variaciones ya que el paciente en ocasiones, manifestaba haberse sentido desmotivado y con poco control de impulsos frente a situaciones que se le presentaban.



Gráfica 3. Evaluación de la actividad global

Tabla 5. Valoración multiaxial

EJE I	Z03.2 Sin Diagnóstico
EJE II	Z03.2 Sin Diagnóstico
EJE III	Z03.2 Sin Diagnóstico
EJE IV	Dificultades en las relaciones familiares e interpersonales Problemas relativos al grupo primario
EJE V	La evaluación de la actividad global actual es 65

Durante el proceso psicológico se evaluaron todas las áreas del paciente y se encontró que no presenta ningún diagnóstico con respecto a los ejes I, II y III. Por el contrario se encuentra que la problemática se presenta en el eje IV que pertenece a problemas psicosociales y ambientales dentro

de los cuales se denotan comportamientos de impulsividad, dificultades en las relaciones familiares e interpersonales y problemas relativos al grupo primario.

INSTRUMENTOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación e intervención, de cada uno de los instrumentos aplicados en cada una de las fases estipuladas para la medición, dentro de las cuales se encuentran la fase pre (primera aplicación del instrumento), la fase durante (aplicación durante el proceso de intervención, para conocer el progreso del paciente) y finalmente la fase post (aplicación del instrumento al final el proceso de intervención).

En la tabla 6 y 7, se encuentran los resultados obtenidos en las tres aplicaciones del Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (CACIA), realizadas al paciente, en cada una de las escalas positivas y negativas que evalúa la prueba, las cuales se describen a continuación.

Escalas Positivas

Retroalimentación Personal (RP): Esta escala detecta aspectos relacionados con la autoobservación, búsqueda de causas del comportamiento y análisis de situaciones. Estos aspectos cumplen la función de guías orientativas para las decisiones de la persona.

Retraso de Recompensa (RR): Esta escala recoge comportamientos relacionados con el control de respuestas impulsivas en la medida que se debe hacer en primer lugar lo que debe o es más urgente e importante, dejando para después lo que le apetece.

Autocontrol Criterial (ACC): Mediante esta escala se refleja la capacidad de la persona para soportar situaciones dolorosas o desagradables y aspectos de responsabilidad personal.

Escalas Negativas

Autocontrol Procesual (ACP): Mediante esta escala se evalúan aspectos de autoevaluación, auto gratificación y autocastigo.

Escala de Sinceridad: Esta escala refleja comportamientos de dependencia de normas sociales.

Tabla 6: Resultados pre, durante y post del Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente (CACIA).

Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente (CACIA)															
	Evaluación pre					Evaluación durante					Evaluación post				
	RP	ACP	RR	ACC	S	RP	ACP	RR	ACC	S	RP	ACP	RR	ACC	S
PD	15	21	11	8	11	17	16	10	8	11	20	22	16	9	6
PC	52	47	63	67	82	76	10	52	67	82	95	60	93	91	13

Tabla 7: Análisis de los resultados pre, durante y post del Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente (CACIA) por escalas.

Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente (CACIA)		
Aplicación pre (evaluación)	Aplicación durante la intervención	Aplicación post tratamiento
Resultados obtenidos en la primera aplicación:	Resultados obtenidos durante la intervención:	Resultados obtenidos al final de la intervención:
<p>ESCALAS POSITIVAS</p> <p>Retroalimentación personal (RP): El paciente obtuvo una puntuación de 52 (media), lo cual indica que no tiene la suficiente capacidad para conocerse a sí mismo, darse cuenta de las consecuencias de los actos propios y poco interés por averiguar los motivos y razones que en ocasiones determinan lo que hace.</p> <p>Retraso de la recompensa (RR): El paciente obtuvo una puntuación de 63 (media), lo cual indica que presenta cierta dificultad en cuanto a la organización y estructuración de las tareas actuando de forma impulsiva.</p>	<p>ESCALAS POSITIVAS</p> <p>Retroalimentación personal (RP): El paciente obtuvo una puntuación de 76 (alto), lo cual indica que posee una buena capacidad para conocerse a sí mismo, darse cuenta de las consecuencias de los actos propios y un interés por averiguar los motivos y razones que en ocasiones determinan lo que hace.</p> <p>Retraso de la recompensa (RR): El paciente obtuvo una puntuación de 52 (media), lo cual indica que presenta cierta dificultad en cuanto a la organización y estructuración de las tareas actuando de forma impulsiva.</p>	<p>ESCALAS POSITIVAS</p> <p>Retroalimentación personal (RP): El paciente obtuvo una puntuación de 95 (Muy alto), lo cual indica que posee una buena capacidad para conocerse a sí mismo, darse cuenta de las consecuencias de los actos propios y un interés por averiguar los motivos y razones que en ocasiones determinan lo que hace.</p> <p>Retraso de la recompensa (RR): El paciente obtuvo una puntuación de 93 (Muy alta), lo cual indica que presenta comportamientos de organización y estructuración de sus tareas, un buen hábito de trabajo, y no actuaría de forma impulsiva.</p>

<p>Auto-control criterial (ACC): El paciente obtuvo una puntuación de 67 (media), lo cual indica que no presenta una buena resistencia al estrés y a situaciones amenazantes mostrándose la mayor parte del tiempo inseguro.</p>	<p>Auto-control criterial (ACC): El paciente obtuvo una puntuación de 67 (media), lo cual indica que no presenta una buena resistencia al estrés y a situaciones amenazantes mostrándose la mayor parte del tiempo inseguro.</p>	<p>Auto-control criterial (ACC): El paciente obtuvo una puntuación de 91 (muy alto), lo cual indica que posee una buena resistencia al estrés y a situaciones amenazantes mostrándose la mayor parte del tiempo seguro.</p>
---	---	--

ESCALAS NEGATIVAS

Auto-control procesual (ACP): El paciente obtuvo una **puntuación de 47 (media)**, lo cual indica que no se encuentra del todo satisfecho con lo que hace.

ESCALAS NEGATIVAS

Auto-control procesual (ACP): El paciente obtuvo una **puntuación de 10 (bajo)**, lo cual indica que no se encuentra del todo satisfecho con lo que hace. Es decir no encuentra gratificación en su plan de vida.

ESCALAS NEGATIVAS

Auto-control procesual (ACP): El paciente obtuvo una **puntuación de 60 (media)**, lo cual indica que no se encuentra del todo satisfecho con lo que hace. Es decir no encuentra mayor gratificación en su plan de vida.

Escala de sinceridad (S): el paciente obtuvo una **puntuación de 82**, la cual se califica como alta y se puede interpretar por tanto, que existe cierta impulsividad en la independencia de normas y exigencias sociales.

Escala de sinceridad (S): El paciente obtuvo una **puntuación de 82**, la cual se califica como alta y se puede interpretar por tanto, que existe cierta impulsividad en la independencia de normas y exigencias sociales.

Escala de sinceridad (S): El paciente obtuvo una **puntuación de 13**, la cual se califica como baja y se puede interpretar que el paciente contestó el cuestionario en función de lo que cree que es correcto o se espera de él. Así mismo indica un bajo nivel de impulsividad en cuanto a la independencia y al cumplimiento de normas y exigencias sociales.

El Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente (CACIA), fue muy importante en el proceso psicológico que se llevó a cabo con el paciente, ya que por medio de este se pudo evidenciar los problemas que presentaba el paciente en cuanto el manejo del autocontrol ante diferentes situaciones de la vida, y como a través del proceso de intervención manejado desde el enfoque cognitivo conductual, se fueron logrando cambios significativos en cada una de las escalas positivas y negativas, pasando de puntuaciones bajas a medias o muy altas y viceversa.

Tabla 8. Resultados del Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry AQ.

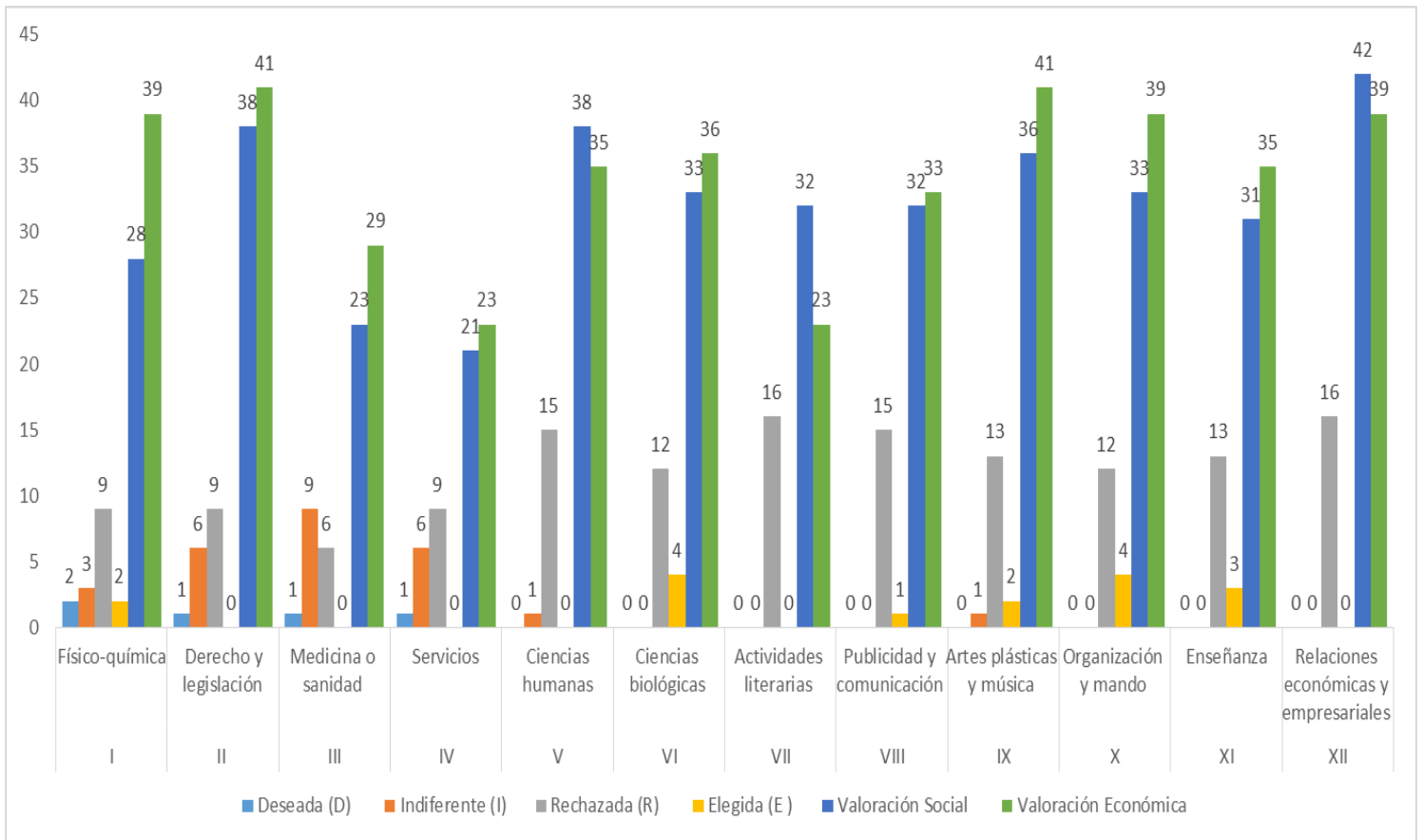
Aplicación pre (evaluación)	Aplicación durante la intervención	Aplicación post tratamiento
Resultados obtenidos en la primera aplicación:	Resultados obtenidos durante el proceso de intervención:	Los resultados obtenidos al final de la intervención:
Agresión física: 31 moderada	Agresión física: 26 leve	Agresión física: 20 leve
Agresión verbal: 20 moderada	Agresión verbal: 17 moderada	Agresión verbal: 13 leve
Ira: 35 grave	Ira: 26 moderada	Ira: 19 leve
Hostilidad: 29 grave	Hostilidad: 18 leve	Hostilidad: 19 leve
Agresividad total: 115 moderada	Agresividad total: 87 moderada	Agresividad total: 71 leve

El Cuestionario de Agresividad de Buss y Perry (AQ), permitió conocer el grado de agresividad física, verbal, de ira, de hostilidad; así como también la agresividad total que puede presentar el paciente ante las diferentes situaciones que se le presentan en la vida, durante sus procesos de interacción. Frente a esto se implementó el plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual, basado en la Terapia Racional Emotiva y el apoyo de técnicas de autocontrol, las cuales permitieron al final del proceso obtener unas puntuaciones significativas, ya que el paciente pasó de tener una agresividad física moderada a leve, una agresividad verbal de

moderada a leve, una ira de grave a leve, una hostilidad de grave a leve y finalmente una agresividad total de moderada a leve.

Tabla 9. Resultados del Cuestionario de intereses profesionales CIPSA

ESCALAS	Deseada (D)	Indiferente (I)	Rechazada (R)	Elegida (E)	Valoración Social	Valoración Económica
I Físico-química	2	3	9	2	28	39
II Derecho y legislación	1	6	9	0	38	41
III Medicina o sanidad	1	9	6	0	23	29
IV Servicios	1	6	9	0	21	23
V Ciencias humanas	0	1	15	0	38	35
VI Ciencias biológicas	0	0	12	4	33	36
VII Actividades literarias	0	0	16	0	32	23
VIII Publicidad y comunicación	0	0	15	1	32	33
IX Artes plásticas y música	0	1	13	2	36	41
X Organización y mando	0	0	12	4	33	39
XI Enseñanza	0	0	13	3	31	35
XII Relaciones económicas y empresariales	0	0	16	0	42	39



Gráfica 4. . Resultados del Cuestionario de intereses profesionales CIPSA

Según lo observado en la Tabla 9 y en la Gráfica 4 el paciente dentro del factor de elección de las escalas evaluadas en la prueba obtiene una puntuación de 4 en la VI y en la X, las cuales pertenecen a ciencias biológicas, y organización y mando; le sigue una puntuación de 3 en la escala XI de enseñanza, luego una puntuación de 2 en la escala I y IX, las cuales corresponden a físico-química, artes plásticas y música y finalmente una puntuación de 1 en la escala 8 de publicidad y comunicación.

La valoración social y económica tiene una relación directa con las escalas elegidas y rechazadas, lo cual indica que el paciente presenta mayores aptitudes y habilidades para estudios

y técnicas relacionadas con la naturaleza, con dirección de organizaciones, educación y cultura, técnicas basadas en el dibujo lineal, artes plásticas, música, publicidad y comunicación, lo cual se le da a conocer al paciente y se le orienta en cada una para que lo tenga en cuenta en su plan de vida y así se sienta mejor con lo que hace.

Tabla 10. Fase evaluativa de la intervención

PRUEBA	PRE	DURANTE	POST	ANÁLISIS
Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente CACIA.				
ESCALAS POSITIVAS				
Retroalimentación personal (RP)	52	76	95	Media-alta-muy alta
Retraso de la recompensa (RR)	63	52	93	Media-media-muy alta
Auto-control criterial (ACC)	67	67	91	Media-media-muy alta
ESCALAS NEGATIVAS				
Auto-control procesual (ACP)	47	10	60	Media- baja-media
Escala de sinceridad (S)	82	82	13	Alta-alta-baja
PRUEBA				
Cuestionario de agresividad de BUSS y PERRY AQ.				
Agresividad física	31	26	20	Moderada-leve-leve
Agresividad verbal	20	17	13	Moderada-moderado-leve
Ira	35	26	19	Grave-moderado-leve
Hostilidad	29	18	19	Grave-leve- leve
Agresividad total	115	87	71	Moderada-moderado-leve

Según, la Tabla 10 se puede observar que durante el proceso de intervención se lograron cambios importantes los cuales se evidencian mediante la aplicación de los instrumentos. Teniendo como primera instancia el Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente el cual muestra que el paciente logró desarrollar, por medio de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, una buena capacidad para conocerse a sí mismo, darse cuenta de las consecuencias de los actos propios y un interés por averiguar los motivos y razones que en ocasiones determinaban lo que hacía.

En cuanto al Retraso de la Recompensa (RR) pasó de presentar dificultad en cuanto a la organización y estructuración de las tareas actuando de forma impulsiva, a ser un poco más organizado y disminuyó significativamente sus comportamientos impulsivos con los compañeros del colegio. En cuanto al Autocontrol Criterial (ACC) pasó de no presentar una buena resistencia al estrés y a situaciones amenazantes mostrándose la mayor parte del tiempo inseguro a ser un poco más tolerante con las personas y a sentirse más seguro ante las situaciones que se le prestan.

En la escala de Sinceridad (S) pasó de presentar un alto grado de impulsividad en cuanto la independencia y al cumplimiento de normas y exigencias sociales a una puntuación baja; y en la evaluación de la escala de auto-control procesual (ACP) no se evidenciaron cambios significativos ya que se trabajó con el paciente plan de vida con respecto a sus gustos en cuanto a los intereses profesionales que tiene y se le orientó frente a los resultados arrojados por instrumento aplicado los cuales indican que presenta mayores aptitudes y habilidades para estudios y técnicas relacionadas con la naturaleza, con dirección de organizaciones, educación y cultura, técnicas basadas en el dibujo lineal, artes plásticas, música, publicidad y comunicación, lo cual se le da a conocer al paciente y se le orienta en cada una para que lo tenga en cuenta en su plan de vida y así se sienta mejor con lo que hace.

En cuanto al cuestionario de agresividad de Buss y Perry los resultados son un poco más significativos ya que el paciente pasó de presentar una agresividad física moderada a leve, una agresividad verbal de moderada a leve, una ira de grave a leve, una hostilidad de grave a leve y finalmente una agresividad total de moderada a leve.

DISCUSIÓN

Colombia es un país el cual está compuesto por personas de diferente sexo, raza, religión, estrato socioeconómico y que de igual manera difieren en características fisiológicas y anatómicas que determinan el ciclo vital en el cual se encuentra cada persona. Siendo la adolescencia una de esas etapas, la cual presenta rangos de edades entre los 12 y 25 años de edad según lo investigado por Caña, Michelini, Acuña y Godoy (2015).

Por tanto un adolescente se encuentra con la tarea de tomar decisiones, ante diversas situaciones que se le presenten en la vida, teniendo en cuenta las exigencias sociales que se establecen en cada contexto. Es por esta razón, que surgió la necesidad de hacer un estudio de caso desde la psicología clínica, tomando como herramientas la evaluación y la intervención de problemáticas relacionadas con dificultades de comportamiento de un adolescente en sus relaciones interpersonales, buscando desde la terapia racional emotiva de Ellis, disminuir la frecuencia de las conductas impulsivas, para contribuir a la modificación de sus pensamientos y conductas inadecuadas (Labrador., Cruzado., & Muñoz, 2006).

Todo esto surgió a partir de un ejercicio de formulación de caso desde el área clínica; siendo este catalogado, como una herramienta que permite al terapeuta tener una visión más amplia de las problemáticas que presenta el paciente, para poder realizar una adecuada elaboración del plan de intervención que se debe seguir para llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos establecidos; teniendo en cuenta que si los pacientes presentan problemáticas comunes la forma de intervenir es totalmente diferente siendo cada caso único según lo expuesto por Nezu, Magut-Nezu y Lombardo (2006).

En este aspecto, se diseñó un plan de intervención desde el enfoque cognitivo conductual basado en la Terapia Racional Emotiva de Ellis, por su componente racional y emocional; mediante la aplicación de diferentes técnicas de autocontrol; como son la respiración, relajación de Jacobson, detención de pensamiento, dialogo socrático, role play y asertividad oposición, las cuales mostraron efectividad en la medida, que le permitió al adolescente afrontar las situaciones de una manera más adaptativa, manejando su ira y agresividad para poder solucionar sus problemas (González., Santos., Fernández., & García, 2009).

De igual manera la psicoeducación resultó ser una buena estrategia para el establecimiento y ejecución de normas y reglas dentro del hogar, ya que éstas hicieron que el paciente comprendiera que existe una autoridad a la cual se debe respetar y dar cumplimiento a las exigencias sociales establecidas; todo esto como resultado de la orientación que se le brindó a la madre en cuanto habilidades parentales. (Bulacio, Vieyra, Alvarez & Benatuil, 2004).

Es de esta manera, como se puede concluir desde el proceso de intervención realizado al paciente, que las técnicas aplicadas se complementan unas con otras y permiten el resultado positivo en cuanto a la disminución de la conducta problema y el mejoramiento de las relaciones interpersonales, donde se evidencian cambios significativos en los diferentes contextos en los que se desenvuelve diariamente.

Por otro lado, la aplicación de la prueba de intereses profesionales, contribuyó a la motivación en el establecimiento de un plan de vida en el paciente, ya que este no contaba con ningún tipo de información y orientación sobre sus habilidades y aptitudes que le permitirá lograr gratificación en lo que hace, así como también los beneficios que pudo obtener el paciente con todo el proceso psicológico, ya que de una u otra manera el haber asistido y cumplido con cada una de las pautas que se le daban en terapia, hacían que su progreso fuera cada vez mejor, hasta el

punto de haber alcanzado un buen nivel de autocontrol; el cual se ha visto reflejado en la calidad de sus relaciones interpersonales y su integración al ambiente educativo.

Finalmente considero que el proceso de práctica desde la especialización de psicología, ha sido enriquecedor en la medida que permite la puesta en marcha de conocimientos en pacientes reales, que de una u otra manera esperan lo mejor de uno como profesional. Así mismo pude desarrollar habilidades de evaluación e intervención donde como estudiante que me estoy preparando para ejercer esta profesión debo estar en una continua investigación, con miras a hacer un buen proceso terapéutico acompañado de técnicas fundamentadas y con bases teóricas que permitan, el sustento de unos resultados óptimos en cada uno los pacientes que lleguen a consulta.

CONCLUSIONES

El proceso de práctica llevado a cabo durante el primero y segundo semestre de especialización en clínica, permite la identificación de vacíos en cuanto a teorías, fundamentos, metodología y procesos a seguir en cada uno de los casos atendidos. Por lo que se toma conciencia de la responsabilidad que se adquiere como profesionales dentro de esta área de la psicología, donde se debe hacer total hincapié en el cumplimiento del código Deontológico y Bioético estipulado por la ley 1090 de 2006.

De igual manera es importante mencionar que la práctica permite el desarrollo de competencias y habilidades de observación, evaluación e intervención las cuales se deben realizar teniendo en cuenta los avances en la investigación, brindando siempre lo mejor como profesionales a cada paciente. En este aspecto se resalta que el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana permitió un acercamiento a diversidad de personas en cuanto a edades, estrato socioeconómico, sexo, estado civil, etc. Lo cual hace que la experiencia adquirida sea aún más gratificante y conlleva a la motivación para seguir en una preparación académica, la cual fundamenta que cada uno de los procedimientos a realizar tengan unos buenos resultados.

Por lo tanto, se considera importante que como estudiantes de especialización tengamos un mayor apoyo por parte de la Universidad, en cuanto a la necesidad que existe de contar con un

docente de tiempo completo en el Centro de Proyección Social, que pueda orientar el proceso en el momento oportuno; ya que al ser un lugar de alto acogimiento llegan casos diversos, que exigen contar con herramientas mucho más profundas que permitan una atención terapéutica con calidad, ya que debido a nuestra ética profesional no se puede esperar la fecha de encuentro con el asesor asignado por que debe primar los derechos del paciente.

Finalmente los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación e intervención con el paciente son positivos ya que se evidencia una disminución significativa en la frecuencia de las conductas de impulsividad y un mejoramiento en sus relaciones interpersonales con pares académicos y su familia, que de una u otra manera motivan a su reestructuración de plan de vida.

RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta el proceso de practica realizado desde la especialización en psicología clínica, llevado a cabo en el Centro de Proyección Social de la universidad Pontificia Bolivariana, se hacen las siguientes sugerencias y recomendaciones con el fin de mejorar y que siga siendo de óptima calidad.

Se sugiere aumentar el número de horas de asesoría individual, para mejorar el proceso de evaluación e intervención, lo cual quiere decir que como estudiantes se tenga un especial énfasis en la orientación de instrumentos que sean pertinentes para la evaluación de determinadas problemáticas, así como la elección y construcción de un plan de intervención que conlleve al mejoramiento de las problemáticas del paciente. Así mismo una actualización del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V, en su última edición ya que aún no existe claridad en algunos apartados de este.

Desde la problemática presentada por el paciente escogido para el estudio de caso, se considera fundamental evaluar la parte familiar ya que desde las habilidades parentales, la monoparentalidad, separación de los padres, violencia intrafamiliar se encuentran los principales desencadenantes de las conductas impulsivas y agresivas.

A los profesionales que lleguen a realizar sus prácticas en el Centro de Proyección Social, sería bueno implementar la realización de talleres psicoeducativos a los padres de familia sobre las capacidades y habilidades parentales, que les permitan tener una mejor relación con sus hijos independientemente de la etapa del ciclo vital en la que se encuentren; así mismo capacitar a los docentes de las instituciones educativas que remiten a los estudiantes en cuanto a la forma de diligenciar los formatos de remisión para tener mayor claridad en lo esperado por parte de la institución, como también realizar jornadas integrativas con los estudiantes y docentes que permitan la mejora de las relaciones interpersonales y así se obtenga un cambio significativo en la resolución de conflictos escolares.

Se sugiere a la coordinación de la especialización aumentar el número de horas de la práctica, ya que es muy poco tiempo para llevar acabo procesos de cambio de conducta y es un tiempo corto para el desarrollo de las habilidades de evaluación, e intervención que se deben desarrollar desde esta área de la psicología que optimicen unos buenos resultados y una formación académica de calidad.

REFERENCIAS

- Adames, C. E & Rojas, M.A. (2012). *La impulsividad emocional, el desarrollo socio-afectivo y su impacto en la convivencia escolar en el IAM (Tesis doctoral)*. Instituto Alberto Merani, Bogotá.
- Andrade, F.G., Fernández, J.L., & Navarro, M.T. (1992). *Cuestionario de intereses profesionales CIPSA*. Madrid, España: cuarta edición TEA.
- Arias, W.L. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 21(1), 23-44.
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología: Universidad de Barcelona.
- Bonet, J., y Suárez, M. (2011). Revisión Breve: Diagnóstico clínico de los ataques de ira y la hostilidad en pacientes con enfermedad coronaria. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XX (3), 231–237.

- Bulacio, J.M., Vieyra, M.C., Alvarez, D. C., y Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. XI Jornadas de Investigación: Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology, 21(4)*, 343-349.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63 (3)*, 452-459.
- Caballo, V.E. (1993). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. España-Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Caña, M.L., Michelini, Y., Acuña, I., y Godoy, J.C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health & Addictions: Salud Y Drogas, 15(1)*, 55-66.
- Capafóns, A., y Silva, F. (1995). *Cuestionario de autocontrol infantil y adolescente*. *Publicaciones de psicología aplicada*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Chóliz, M. (2012). *Técnicas para el control de la activación: relajación y respiración*. Universidad de Valencia, España.
- Cortez., E.A., López., J.E., Mejía, A.O., y Salgado, D.E. (2013). *Aplicación de dos programas psicoterapéuticos basados en el modelo cognitivo-conductual y la terapia racional emotiva para la reducción de conductas agresivas en estudiantes de los primeros años de educación media del instituto nacional de Usulután durante febrero a agosto de 2013*. Universidad de el Salvador, San Miguel.

- Cruz, M.J., Linares, M.C., y Arias, P.F (2014). Relaciones entre Estilos Educativos Parentales y Agresividad en Adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12 (32), 147-170.
- Da Dalt, E. C & Difabio, H. (2002). Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares. *Revista Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140.
- González, M., Santos, C., Fernández, I., & García, M. (2009). Programa de adolescentes que agreden a sus padres (P. A. P.): una propuesta específica para el tratamiento de problemas de conducta en el ámbito familiar. *Revista de Psicopatología Clínica Legal y Forense*. 9(1), 149-170.
- González, S. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *Revista de Toxicomanías*. (57), 12-17.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A & Muñoz, M (2006). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide, grupo Anaya, S.A.
- Lega, L., y Velten, E. (2008). El mundo de la psicología. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 40 (1), 189-193.
- López, M.C., Sánchez A., Rodríguez, L. T., & Fernández, M.P. (2009). Propiedades psicométricas del cuestionario AQ aplicado a población adolescente. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*. 8 (1), 79-94.
- Magán, I., Sanz, J., y García, M (2011). Pensamientos Negativos De Ira-Hostilidad E Ira Rasgo: ¿Una Relación Moderada Por La Depresión?. *Revista de Psicología y Educación*. 10 (2), 193-214.

- Mestre, V. E., Navarro, F., y Samper, P (2004). Personalidad y contexto familiar como factores predictores de la disposición prosocial y antisocial de los adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (3), 445-457.
- Morales, F. V. (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes* (tesis doctoral), Tarragona. Universitat Rovira I Virgili.
- Morales, F., Codorniu, M., y Vigil, A. (2005). Características psicométricas de las versiones reducidas del cuestionario de agresividad de Buss y Perry. *Psicothema*, 17 (1), 96-100.
- Nezu, A.M., Magut-Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Ossa, C., Navarrete, L., Jiménez, A. (2014). Estilos parentales y calidad de vida familiar en padres y madres de adolescentes de un establecimiento educacional de la ciudad de Chillán (Chile). *Investigación & Desarrollo*, 22 (1), 19-34.
- Padilla, E. M (2000). Role play de situaciones conflictivas entre el niño con discapacidad, la familia y la escuela: Una experiencia dentro del aula. *Revista de enseñanza universitaria. Extraordin*, 171-194.
- Partarrieu, A. (2011). *Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva*. III congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología XVIII jornadas de investigación. Séptimo encuentro de investigadores en psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos aires.

Penado, M., Andreu, J., y Peña, E (2013). Impulsividad cognitiva, conductual y no planificadora en adolescentes agresivos reactivos, proactivos y mixtos. *Anales de Psicología*, 29 (3), 734-740.

Pinzón, N. C., y Briñez, B.L. (2011). Actividad física en adolescentes y su relación con agresividad, impulsividad, Internet y videojuegos. *Psychologia Avances de la Disciplina*, 5 (1), 9-23.

Resolución 1995 de 1999. Manejo de historia clínica, p.1.

Sallés, C., y Ger, S (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea: Descripción, promoción y evaluación. *Revista de intervención socioeducativa*. (49), 25-47.

ANEXOS


Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento para tratamiento: Como persona con capacidad legal estoy de acuerdo en permitir a los y las estudiantes, docentes y personal del Centro de Proyección Social proporcionar tratamiento a mi representado/a, _____, con número de identificación _____ de _____. Entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales. Sin embargo, es pertinente que usted informe a su terapeuta de la decisión, quien ofrecerá orientación en torno a las implicaciones de la terminación del tratamiento, ante lo cual usted asume las responsabilidades que ello implique.

Su firma en este documento indica que usted ha leído y está de acuerdo con lo que se estipula en el documento.

Nombre del acudiente Firma del acudiente Fecha_____

Anexo2. Historia clínica

 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA		HISTORIA CLÍNICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES						
Fecha de Recepción	Día		Mes		Año		No. De Historia	
1. DATOS								
Datos del								
Nombres y Apellidos					Edad	Género	Documento de Identidad	

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 leas cada frase, pon una marca (X) sobre el **SI**, si te describe. Si **no** te describe, pon una marca sobre el **NO**.

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

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.



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

COMPLETA LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DELGADO ALGUNA CUESTION EN RESPUESTA

NO TE DETENGAS, PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

RP	ACP	RR	ACC	S

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

COMPARE LA COLUMNA DE RESPUESTAS PARA VER SI HAS DELGADO ALGUNAS CUESTIONES SIN CONTESTAR

NO TE DETENGAS, PASA A LA PAGINA SIGUIENTE

RP	ACP	RR	ACC	S

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

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

RR	ACP	RR	ACC	S

PR	ACP	RR	ACC	S

Anexo 4. Cuestionario de agresividad de Buss y Perry AQ

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN DE BUSS Y PERRY

A continuación encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Lea atentamente cada una de ellas y decida en qué grado pueden ser aplicadas para usted.

5. Completamente verdadero para mí
4. Bastante verdadero para mí
3. Ni verdadero ni falso para mí
2. Bastante falso para mí
1. Completamente falso para mí

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	5	4	3	2	1
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos. Discuto fuertemente con ellos.	5	4	3	2	1
3. Me enfado rápidamente pero se me pasa en seguida	5	4	3	2	1
4. A veces soy bastante envidioso	5	4	3	2	1
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	5	4	3	2	1
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	5	4	3	2	1
7. Cuando estoy frustrado muestro el enfado que tengo	5	4	3	2	1
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	5	4	3	2	1
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también	5	4	3	2	1
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	5	4	3	2	1
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	5	4	3	2	1
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	5	4	3	2	1
13. Me suelo implicar en las peleas más de lo normal	5	4	3	2	1
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	5	4	3	2	1
15. Soy una persona apacible	5	4	3	2	1
16. Me pregunto porque algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	5	4	3	2	1
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos. Lo hago	5	4	3	2	1
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	5	4	3	2	1
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	5	4	3	2	1
20. Sé que mis amigos me critican a mis espaldas	5	4	3	2	1

21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos	5	4	3	2	1
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	5	4	3	2	1
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	5	4	3	2	1
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	5	4	3	2	1
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	5	4	3	2	1
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mi a mis espaldas	5	4	3	2	1
27. He amenazado a gente que conozco	5	4	3	2	1
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto que querrán	5	4	3	2	1
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	5	4	3	2	1

Anexo 5. Cuestionario de intereses profesionales CIPSA

Nº 129

CIPSA

Nombre y apellidos Edad Sexo

Centro Fecha de examen

Profesión y estudios de tu padre:

Profesión y estudios de tu madre:

HOJA DE PERFIL INDIVIDUAL

Resumen de puntuaciones

Escala - factores	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	TOTALES		
													P. D.	P. C.	
D															
I															
R															
E															
VS															
VE															


Escala - factores: F-Q D-L M S C-H C-B L P-C AP-M O-M E R.E.E.

I. PERFIL INDIVIDUAL

Valoración personal y socio-económica

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Número de elecciones (E)												
Valoración socio-económica												

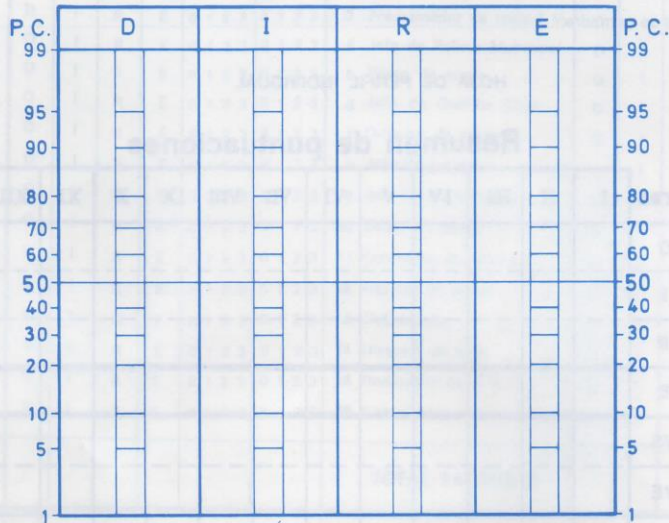
Valoración social.
 Valoración económica.



Autores: J.L. Fernández Seara y F. Andrade.
 Copyright © 1983 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano; Daganzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - Depósito legal: M - 3.498 - 1983.

II PERFIL INTERINDIVIDUAL (Comparación con grupo normativo)

II a. Valores globales del Cuestionario



II b. Elecciones en relación con el grupo normativo

Escala-factor	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
P. D. suj. (E)												
Coef. val. social	2,41	1,74	2,47	1,13	1,23	1,97	1,86	1,37	1,45	2,06	1,86	1,56
Coef. val. económica	1,85	1,71	1,95	1,04	0,89	1,34	1,15	1,52	1,44	2,11	1,29	1,17

Valoración personal/socio-económica
(por referencia a grupo normativo)



CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES

En este Cuestionario le pedimos que indique sus gustos y preferencias profesionales. En las páginas siguientes encontrará listas de diversas ocupaciones en grupos de 16. Ante cada ocupación o profesión tendrá que hacer lo siguiente:

Primero: Señalar si conoce o desconoce esa profesión. Si **NO LA CONOCE**, rodeará la letra «D» (Desconocida) y pasará a la siguiente profesión. Si **LA CONOCE**,

Segundo: Tendrá que decidir si le es indiferente, si la rechaza o si la elige:

- Si le es indiferente **RODEE LA LETRA «I»** (Indiferente);
- Si la rechaza, porque no le gusta o no le interesa, **RODEE LA LETRA «R»** (Rechazada);
- Si le gusta esa profesión, **RODEE LA LETRA «E»** (Elegida). En ese caso,

Tercero: Fíjese en los números que vienen a continuación, debajo del título **SOCIAL**, y rodee el número que mejor refleje su juicio sobre esa profesión según la siguiente escala: **0**, si estima que esa profesión o actividad carece de prestigio o está muy mal considerada; **1**, si cree que su valoración social es más bien baja; **2**, si piensa que se trata de una actividad bien considerada en líneas generales; **3**, si, a su juicio, el desarrollo de esa actividad supone un alto grado de prestigio.

Cuarto: Del mismo modo, rodee uno de los números que aparecen bajo el epígrafe **ECONOMICA**, atendiendo a la cantidad de dinero que, directa o indirectamente, el ejercicio de esa actividad permite obtener: **0**, nada o muy poco; **1**, poco, insuficiente para cubrir las necesidades normales; **2**, bastante, lo razonable para desenvolverse dignamente en su ambiente social; **3**, mucho, lo suficiente para vivir con holgura y «hacer dinero».

EJEMPLOS

Profesiones	Valoración		
	Personal	Social	Económica
Futbolista	D I R E	0 1 2 3	0 1 2 3
Portero de finca urbana	D I R E	0 1 2 3	0 1 2 3
Agente de Cambio y Bolsa	D I R E	0 1 2 3	0 1 2 3

Si tiene alguna dificultad, haga ahora sus preguntas. No tiene limitación de tiempo, pero trabaje deprisa y conteste siguiendo el orden de presentación indicado por los números romanos que aparecen en la parte superior izquierda de cada recuadro.

PROFESIONES	VALORACION						PROFESIONES	VALORACION					
	Personal			Social	Económica	Personal			Social	Económica			
I							II						
1 Químico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	1 Juez	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
2 Ingeniero electrónico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	2 Diplomático	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
3 Matemático	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	3 Asesor ejecutivo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
4 Técnico Informática	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	4 Secretario de Juzgado	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
5 Ingeniero naval	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	5 Concejal	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
6 Programador de sistemas	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	6 Abogado laboralista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
7 Ingeniero de caminos	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	7 Miembro ejecutiva partido político	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
8 Ing. telecomunicaciones	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	8 Diputado	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
9 Astrónomo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	9 Abogado criminalista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
10 Técnico electrónico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	10 Senador	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
11 Ingeniero de minas	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	11 Embajador	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
12 Proyectista de maquinaria	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	12 Funcionario de ministerios	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
13 Físico nuclear	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	13 Político	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
14 Ingeniero aeronáutico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	14 Abogado administrativo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
15 Estadístico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	15 Ministro	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
16 Ingeniero espacial	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	16 Secretario Ayuntamiento	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
TOTAL FACTOR I							TOTAL FACTOR II						
PROFESIONES	VALORACION						PROFESIONES	VALORACION					
	Personal			Social	Económica	Personal			Social	Económica			
III							IV						
1 Médico Medicina general	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	1 Inspector de policia	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
2 Dermatólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	2 Mecánico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
3 Enfermera	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	3 Albañil	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
4 Psiquiatra	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	4 Peluquero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
5 Neurólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	5 Policía municipal	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
6 Oftalmólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	6 Conductor serv. público	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
7 Practicante	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	7 Bombero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
8 Ginecólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	8 Azafata	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
9 Fisiólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	9 Cartero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
10 Anestesiista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	10 Fontanero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
11 Endocrinólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	11 Empleado servicio basura	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
12 Radiólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	12 Electricista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
13 Analista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	13 Empleado servicio público	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
14 Otorrino	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	14 Guardia Civil	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
15 A. T. S.	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	15 «Estheticienne»	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
16 Cirujano	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	16 Carpintero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
TOTAL FACTOR III							TOTAL FACTOR IV						

PROFESIONES	VALORACION						PROFESIONES	VALORACION					
	Personal			Social	Económica	Personal			Social	Económica			
V						VI							
1 Historiador	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	1 Zólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
2 Etnólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	2 Bioquímico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
3 Auxiliar de puericultura	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	3 Ecólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
4 Sociólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	4 Ganadero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
5 Misionero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	5 Botánico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
6 Psicólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	6 Perito agrícola	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
7 Filólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	7 Veterinario	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
8 Arqueólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	8 Geólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
9 Antropólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	9 Ingeniero agrónomo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
10 Asistente social	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	10 Farmacéutico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
11 Lingüista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	11 Bacteriólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
12 Religioso	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	12 Floricultor	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
13 Asesor familiar	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	13 Biólogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
14 Filósofo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	14 Técnico agropecuario	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
15 Orientador psico-pedagogo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	15 Oceanógrafo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
16 Sacerdote	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	16 Agricultor	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
TOTAL FACTOR V						TOTAL FACTOR VI							
PROFESIONES	VALORACION						PROFESIONES	VALORACION					
	Personal			Social	Económica	Personal			Social	Económica			
VII						VIII							
1 Novelista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	1 Técnico de publicidad	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
2 Autor teatral	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	2 Redactor de publicidad	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
3 Crítico musical	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	3 Dibujante	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
4 Ensayista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	4 Diseñador de modas	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
5 Periodista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	5 Relaciones públicas	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
6 Crítico literario	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	6 Presentador de T.V.	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
7 Corresp. en el extranjero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	7 Técnico de sonido	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
8 Crítico de deportes	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	8 Coreógrafo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
9 Crítico de cine	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	9 Agente de publicidad	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
10 Reportero	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	10 Locutor de radio	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
11 Escritor narrativo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	11 Delineante	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
12 Académico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	12 Animador de espectáculos	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
13 Poeta	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	13 Escenógrafo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
14 Guionista	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	14 Modelo	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
15 Crítico de arte	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	15 «Discjockey»	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
16 Redactor de periódico	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3	16 Investigador de mercados	D	I	R	E	0 1 2 3	0 1 2 3
TOTAL FACTOR VII						TOTAL FACTOR VIII							

PROFESIONES	VALORACION						PROFESIONES	VALORACION																	
	Personal				Social	Económica		Personal				Social	Económica												
IX						X																			
1 Cantante de ópera-coro ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	1 Alcalde ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
2 Instrumentista ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	2 Director de hotel ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
3 Humorista ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	3 Programador de radio-T.V.	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
4 Bailarín ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	4 Jefe de Policía Municipal.	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
5 Fotógrafo ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	5 Piloto de vuelo ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
6 Ceramista ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	6 Jefe de Guardia Civil ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
7 Compositor musical ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	7 Director de colegio ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
8 Pintor artístico ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	8 Jefe de personal ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
9 Caricaturista ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	9 Jefe Policía Nacional ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
10 Profesor de orquesta ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	10 Director teatral ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
11 Escultor ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	11 Comisario de policía ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
12 Actor ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	12 Capitán de barco ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
13 Decorador artístico ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	13 Gobernador ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
14 Director de orquesta ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	14 Director de cine ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
15 Arquitecto ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	15 Realizador de T.V. ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
16 Cantante solista ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	16 Controlador aéreo ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
TOTAL FACTOR IX						TOTAL FACTOR X																			
PROFESIONES	VALORACION						PROFESIONES	VALORACION																	
	Personal				Social	Económica		Personal				Social	Económica												
XI						XII																			
1 Prof. de Formación profes.	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	1 Cajero ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
2 Prof. Educación física ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	2 Interventor de banco ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
3 Prof. Ciencias naturales ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	3 Productor de cine ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
4 Prof. de Física ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	4 Director de banco ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
5 Prof. de Dibujo ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	5 Aux. administrativo ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
6 Prof. de Música ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	6 Gerente ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
7 Prof. de Idiomas ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	7 Director de ventas ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
8 Prof. Educación especial ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	8 Empleado de comercio ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
9 Maestro (Prof. EGB) ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	9 Secretaria ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
0 Prof. de Historia ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	10 Contable ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
1 Prof. de Lenguaje ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	11 Director de empresa ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
2 Prof. de Lenguas clásicas.	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	12 Economista ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
3 Prof. de Universidad ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	13 Técnico de marketing ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
4 Prof. de Arte ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	14 Intendente comercial ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
5 Prof. de Matemáticas ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	15 Agente de inmobiliaria ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
6 Prof. de Química ...	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3	16 Jefe de ventas o compras.	D	I	R	E	0	1	2	3	0	1	2	3
TOTAL FACTOR XI						TOTAL FACTOR XII																			

MOTIVO DE CONSULTA
<i>Naturaleza de la problemática actual. ¿Qué fue lo último que sucedió para que determinara buscar acompañamiento psicológico?</i>

CUADRO CLÍNICO
<i>¿Desde cuándo comenzó la situación?</i>
<i>¿Cómo fue la última ocasión en que ocurrió la situación?</i>
<i>Factores desencadenantes. ¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación?</i>
<i>Nivel en que afecta la situación al consultante según su percepción:</i> <input type="checkbox"/> Muy bajo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muy alto

SINTOMATOLOGÍA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Rare vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Rare vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Sentimientos de culpa					Desesperanza sobre el futuro				
Preocupación					Pensamientos de muerte				
Exceso de energía					Pensamientos de suicidio				
Agresividad					Problemas familiares				
Temperamento incontrolado					Meditar sobre el pasado				
Miedo del trabajo / escuela					Llanto frecuente o en exceso				
Miedo de salir de casa					Destino o tristeza				
Sonambulismo					Pesadillas				
Problemas para quedarse dormido					Sentirse ansioso				
Problemas para permanecer dormido					Sentirse en pánico				
Pérdida de memoria					Problemas con la ira				
Dificultades para tomar decisiones					Sentirse celoso				
Sentimientos de soledad					Impaciencia				
Dificultades en concentración					Desconfianza en sí mismo				
Cambios repentinos de ánimo					Sentir de asfixia o falta de oxígeno				
Inquietud / Intranquilidad					Latidos acelerados				

SINTOMATOLOGÍA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Se distrae fácilmente					Dolor de pecho				
Dificultades para la convivencia					Sentir irrealidad				
Sentirse inútil					Estar acostado en exceso				
Exceso de cansancio					Problemas en el hogar				
Apetito pobre o ningún apetito					Uso de alcohol				
Comer en exceso					Uso de drogas				
Atracciones					Pérdida de conocimiento				
Preocupación por la comida					Dolores estomacales				
Vómitos					Pensamientos incontrolados				
Dormir en exceso					Comportamientos incontrolados				
Escuchar voces					Abuso físico de sí o de otros				
Problemas en el trabajo o escuela					Abuso emocional de sí o de otros				
Robos					Otros				

MEDICAMENTOS O CONDICIONES MÉDICAS (Alergias, tiroideas, diabetes, etc)

INFORMACIÓN IMPORTANTE
<p>Antes de comenzar el tratamiento: Usted debe ser consciente de los posibles beneficios y riesgos de los servicios de acompañamiento psicológico. La mayoría de las personas, parejas y familias que obtengan servicios de salud mental se benefician del proceso. El proceso terapéutico suele ser bastante útil y puede dar lugar a un mejor estado de ánimo, aumento de la autoestima y una mayor capacidad de tomar decisiones que faciliten la salud física, emocional y relacional, pero existen algunos riesgos. En el curso de procesos terapéuticos las personas pueden experimentar sentimientos no deseados. Si los sentimientos de infidelidad, la ira, la culpa, la frustración o surge un profundo dolor en el asesoramiento, la experiencia puede ser inesperada y angustiante. Además, los individuos, parejas, y las familias pueden encontrar que el proceso de acompañamiento psicológico les lleva a tomar decisiones importantes de la vida. Mientras que su terapeuta honrará y respetará su derecho a tomar decisiones por sí mismo, las personas importantes en su vida pueden no estar de acuerdo con la dirección que usted decide perseguir. Estas experiencias son susceptibles de producir nuevas oportunidades y desafíos únicos. No lo dude para discutir los objetivos o los procedimientos de tratamiento, especialmente si nota alguna molestia inesperada o está preocupado por un resultado del tratamiento.</p> <p>Psicólogos y psicólogas en formación: Entiendo que el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana es un centro de formación para estudiantes de pregrado, especialización y posgrado matriculados en la carrera de Psicología. Los y las terapeutas en entrenamiento están bajo la supervisión de psicólogos y psicólogas con licencia. Los y las estudiantes discuten sus casos con sus supervisores. El o la terapeuta en entrenamiento su supervisor o supervisora mantendrá confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de privacidad del estado y del Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia (2009). El nombre del terapeuta asignado es _____ y su supervisor o supervisora es _____.</p>

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Confidencialidad: La confianza es la piedra angular en una relación terapéutica por lo cual se establece una relación donde los límites están claramente delineados y se mantiene la confidencialidad del proceso. Ante esto, el terapeuta no compartirá la información confidencial sin el consentimiento del Paciente o sin la justificación legal y ética. Se respetará los derechos del Paciente a la privacidad y se evitará la divulgación indebida e injustificable de información confidencial. El o la terapeuta, docentes y personal del Centro de Proyección Social harán todos los esfuerzos posibles para garantizar la privacidad y confidencialidad de la información del Paciente.

Al firmar este documento usted consiente a que las sesiones de acompañamiento psicológico sean discutidas con el supervisor o supervisora del terapeuta. Esta información será compartida solo con propósitos académicos.

La información del proceso terapéutico podrá ser divulgada en las siguientes circunstancias:

- 1) El Paciente o su representante solicitan y firman una autorización para divulgación de información.
- 2) Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-Paciente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la terapeuta estará obligado/a a proporcionar solo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- 3) Si tenemos motivos razonables para sospechar que un menor de 18 años es abusado, abandonado o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado o explotado, la ley exige que presente un informe con la agencia del gobierno apropiada.
- 4) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la policía, o buscar la hospitalización del Paciente.
- 5) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización del Paciente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección.

Horas y disponibilidad: El Centro de Proyección Social ofrece servicios de lunes a viernes en horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm. En común acuerdo con el terapeuta, usted puede verificar la disponibilidad del servicio de acompañamiento psicológico los días sábado. En el evento de que su terapeuta no está disponible en caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias local. Típicamente las sesiones de acompañamiento psicológico se extienden por espacio de 50 minutos. El espacio que usted acuerda con el o la terapeuta estará disponible exclusivamente para usted. Por tanto, es pertinente que usted llame a cancelar su cita en caso de que no pueda asistir a la misma.

Emergencias: El Centro de Proyección Social ofrece servicios solo con cita previa. En caso de que usted presente una emergencia, favor contactar al su médico de atención primaria, a una línea de atención en crisis o visitar una sala de emergencias en su localidad.

Costo de consulta y cargos: El pago se debe realizar en efectivo y se espera en el momento en que usted asiste a la consulta. Si el pago no se hace en el momento de la consulta, usted debe cancelar su cuenta en la próxima sesión. Las citas son generalmente 50 minutos de duración. Se discutirá cualquier cambio en las cuotas con usted de antemano. En aquellos casos en que el Paciente es un menor de edad, quien es responsable de la cancelación de consultas es el padre, madre, o representante. Si necesita cancelar o cambiar una cita, notifique al CPS por lo menos 24 horas antes de la consulta. Los costos de consulta serán según establezca la Universidad Pontificia Bolivariana mediante la Resolución Rectoral vigente.

Registro de información e historias clínicas: En el Centro de Proyección social los y las terapeutas mantienen un registro clínico de cada Paciente. Este podría incluir información acerca de sus razones para solicitar tratamiento, una descripción de las formas en que el problema afecta su vida, su diagnóstico, los objetivos del tratamiento, su progreso hacia estas metas, la historia clínica y social, su historial de tratamiento, los registros de tratamientos anteriores de otros proveedores y los informes de las consultas profesionales. Usted puede recibir un resumen de su historia clínica así como una copia de los informes que resultan de los procesos de valoración psicológica. La solicitud del resumen de la historia clínica debe hacerse por escrito.

INFORMACIÓN IMPORTANTE
<p>Consentimiento para tratamiento: Como persona con capacidad legal estoy de acuerdo en permitir a los y las estudiantes, docentes y personal del Centro de Proyección Social proporcionar tratamiento a mi representado/a, _____, con número de identificación _____ de _____. Entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales. Sin embargo, es pertinente que usted informe a su terapeuta de la decisión, quien ofrecerá orientación en torno a las implicaciones de la terminación del tratamiento, ante lo cual usted asume las responsabilidades que ello implique.</p>

Su firma en este documento indica que usted ha leído y está de acuerdo con lo que se estipula en el documento.

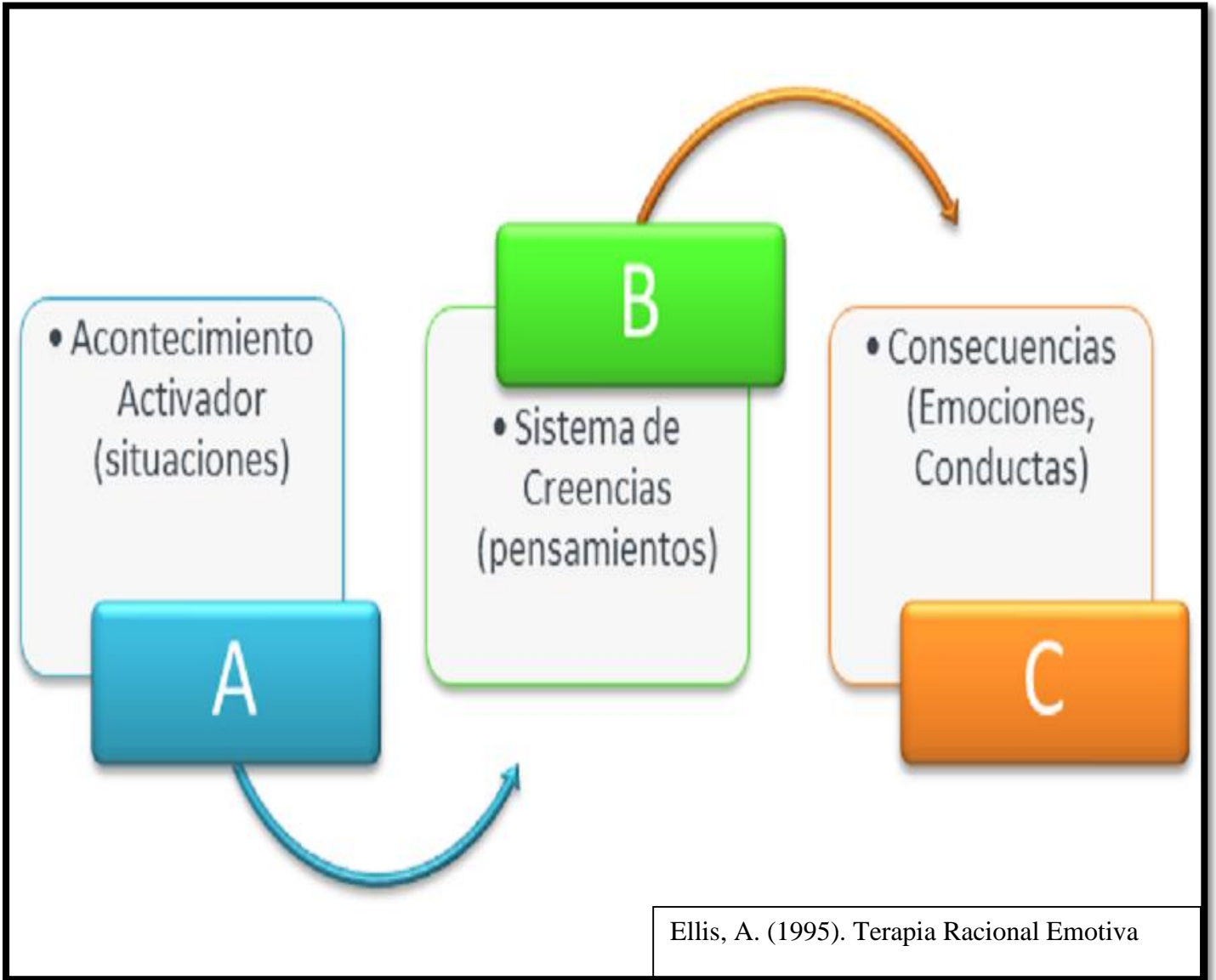
Nombre del Acudiente _____

Firma del Acudiente _____

Fecha _____

FICHA DE ASIGNACIÓN DE PACIENTE	
<input type="checkbox"/> Practicante <input type="checkbox"/> Pasante <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Doctorando <input type="checkbox"/> Supervisor Psicología	
Nombre del terapeuta asignado	:
Fecha y hora de cita de seguimiento	:
Fecha de recibido por el terapeuta asignado	:
Firma del terapeuta asignado	:

Anexo 7. Psicoeducación terapia Racional Emotiva de Ellis



Anexo 8. Psicoeducación habilidades parentales

HABILIDADES PARENTALES

Ser padre o madre hoy en día, no es nada fácil. Hay un montón de factores que influyen e interfieren en las relaciones entre padres e hijos y también en la forma de educarlos y de satisfacer sus necesidades.

En muchos hogares todos los adultos de la familia nuclear trabajan fuera de casa, hay separaciones, divorcios, falta de apoyo familiar y/o social, y muchas otras situaciones que no permiten ejercer una parentalidad adecuada.

¿a qué nos referimos cuando hablamos de parentalidad?

El concepto de parentalidad hace referencia a las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar y educar a sus hijos, al tiempo que promover su socialización.

Las competencias parentales

Cuando nos referimos a las competencias parentales, hablamos de la capacidad para cuidar de los hijos y dar respuestas adecuadas a sus necesidades.

Máiquez, Martín y Byrne (2008) definen las competencias parentales como el conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de forma flexible y adaptativa la tarea vital de ser padres,

LAS HABILIDADES PARENTALES

Hacen referencia a la plasticidad de los progenitores y/o padres. Esta plasticidad les permite dar respuestas adecuadas y, al mismo tiempo, adaptar estas respuestas a las diferentes etapas de desarrollo.



Rodrigo, Martín, Cabrera y Máiquez (2009) exponen una serie de habilidades que deberían estar presentes en una parentalidad competente y concretan las competencias en cinco grandes bloques:

- **Educativas:** Calidez y afecto en las relaciones, control y supervisión del comportamiento, estimulación y apoyo del aprendizaje, autoeficacia parental.

- **Agencia parental:** se acuerdan con la pareja los criterios educativos y los comportamientos a seguir con los hijos. Se tiene una idea realista que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación.



- **De autonomía personal y capacidad de búsqueda de apoyo social:**

Buscar ayuda de personas significativas con la finalidad de complementar el rol parental, Búsqueda de ayuda de personas significativas y/o instituciones cuando tiene problemas personales y/o con los hijos.

Habilidades para la vida personal:

- Control de los impulsos
- Asertividad
- Autoestima



- **Habilidades sociales**

- Estrategias de enfrentamiento frente a situaciones de estrés
- Resolución, de conflictos interpersonales
- Capacidad para responder a múltiples tareas y retos
- Planificación y proyecto de vida
- Visión optimista y positiva de la vida, así como de los problemas y



crisis.

Habilidades de organización doméstica:

- Administración eficiente de la economía doméstica
- Mantenimiento de la limpieza y el orden de la casa
- Higiene y control de la salud de los miembros de la familia
- Preparación regular de comidas saludables
- Arreglos y mantenimiento de la vivienda.

Algunos autores como Rodrigo *et al.* (2008), consideran que las competencias parentales vienen determinadas por la combinación de tres factores:

- **Las condiciones psicosociales en las que vive la familia:** algunas condiciones psicosociales como, por ejemplo, la monoparentalidad, niveles educativos bajos o precariedad económica pueden dificultar la tarea de ser padre o madre.
- **El escenario educativo que los padres o tutores han construido para realizar su tarea:** hay que analizar las concepciones y las prácticas educativas que los padres utilizan en la crianza de sus hijos. Las prácticas educativas que utilizan para corregirlo o la forma como interactúan con el niño o el adolescente conforman el escenario de desarrollo del menor (Rodrigo *et al.* 2008).
- **Las propias características del menor:** las características del menor, su vulnerabilidad y su resiliencia, se tendrán en cuenta para poder potenciar determinadas competencias parentales en los padres.

Anexo 9. Autorregistro de Ellis

AUTORREGISTO

Nombre: _____

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta(C)

Anexo 10. Formulario de autoayuda de la TREC

Formulario de autoayuda de la TREC

Nombre: _____

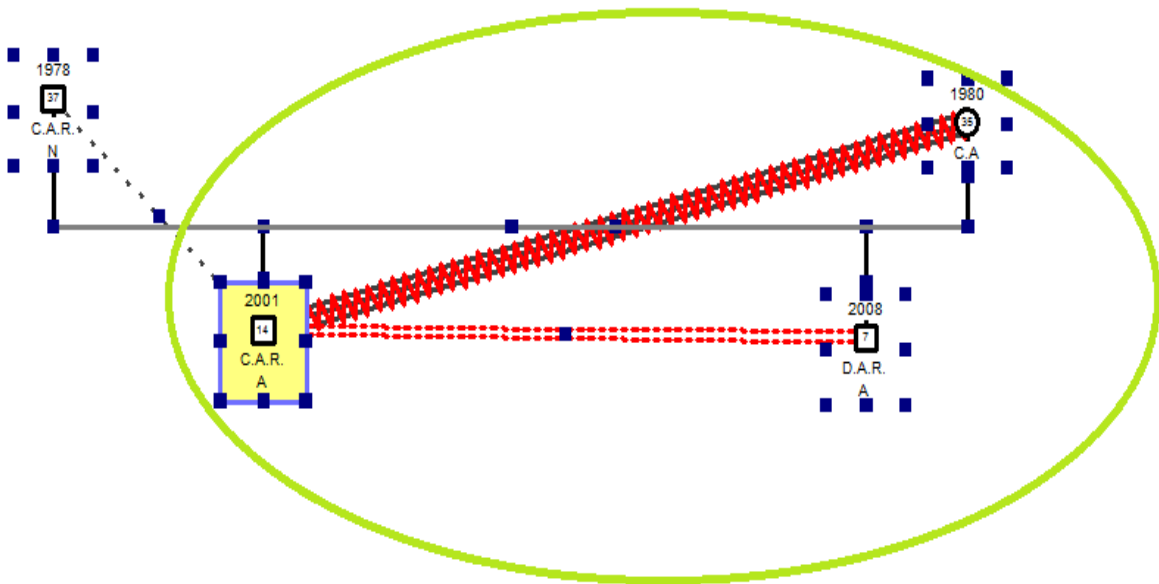
Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta (C)	Refutación y Creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)

Anexo 11. Estudio de caso

1. Datos sociodemográficos

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre:	C.A.R.A
Edad:	14 años
Fecha de nacimiento:	9 de Marzo de 2001
Género:	Masculino
Escolaridad:	Sexto grado
Nombre de la madre:	C.A

2. Genograma



3. Motivo de consulta

El paciente llega a consulta en compañía de su madre, quien manifiesta como motivo de consulta lo siguiente: “mi hijo presenta comportamientos agresivos en la institución educativa y en la casa”. Al preguntarle directamente al paciente alza los hombros y responde diciendo “yo no quiero estar acá, mi madre me obligó a venir y además no estoy loco”.

Con base en lo anterior y durante el proceso de evaluación, se logró identificar que el paciente presenta dificultades en cuanto al cumplimiento de normas y reglas, lo cual hace que en ocasiones se sienta presionado por lo que se le exige y su forma de actuar es un poco violenta en cuanto al tono de voz que utiliza para referirse a ciertas cosas que le molestan. No es una persona agresiva, solo presenta algunos comportamientos de este tipo que le han servido como estrategias para situaciones que ha tenido que afrontar desde muy niño.

4. Descripción de las conductas problemáticas

Comportamientos de impulsividad en sus relaciones interpersonales

El paciente presenta dificultades de autocontrol, los cuales se evidencian en los comportamientos frecuentes de impulsividad en las relaciones interpersonales. Dichos comportamientos surgieron debido a la ausencia de su figura paterna la mayor parte del tiempo y al hecho de observar como su padre maltrataba a su madre, tanto de forma física como psicológica en los momentos en los que estaba en la casa. Este tipo de situaciones hicieron que el paciente aprendiera a comportarse como su figura de autoridad e implementara esto mismo con las personas con las que interactuaba a diario, más específicamente sus compañeros de colegio.

El paciente al presentar comportamiento de ira y hostilidad intento agredir físicamente a su madre en una ocasión debido al malestar que le causa los reclamos que ella le hace constantemente por su comportamiento. Es así como actualmente se encuentra suspendido de la institución educativa y no presenta estrategias que le permitan tener unas buenas relaciones interpersonales y solucionar los conflictos que se le presentan en la vida diaria de forma asertiva, como tampoco entender porque tiene distorsiones cognitivas que le hacen ver las cosas de forma negativa.

Insatisfacción del plan de vida

El paciente manifiesta que desde su infancia se había trazado un plan de vida el cual fue reconstruido a causa de la separación de sus padres, pero hoy en día debido a la suspensión de la institución educativa a la cual pertenece ha tenido que dedicarse a otras actividades que no lo satisfacen del todo y que han llevado a que piense que su proyecto de vida se va a terminar y que jamás va a cumplir las metas y sueños que un día se trazó.

Carencia de habilidades parentales.

La madre del paciente manifiesta presentar dificultades en la crianza de su hijo, hasta el punto de sentir que se le ha salido de control y que no sabe cómo ejercer su rol de madre y de padre al mismo tiempo. Afirma que no tiene claridad en el establecimiento de normas y reglas que le debe impartir para su edad y le duele no tener las habilidades suficientes para entender las problemáticas de su hijo y tener una buena relación con él.

5. Descripción del problema e historia de vida.

Adolescente sexo masculino de 14 años de edad, estudiante quien llega a consulta por primera vez el 20 de marzo de 2015 en compañía de su madre, quien refiere que la situación

comenzó desde la infancia, pero en los últimos años se ha venido incrementando hasta el punto de haber sido suspendido del colegio e intentar agredirla físicamente por los llamados de atención que le hace constantemente en la casa.

El paciente durante su infancia compartió periodos de tiempo muy cortos con su padre ya que él no permanecía en la casa debido a su trabajo de militar y los pocos días que le daban de permiso; pasaba la mayor parte del tiempo discutiendo con su madre llegando en varias ocasiones a los golpes físicos, todo esto lo observaba el niño constantemente y fue creando en él sentimientos de rechazo frente a su figura paterna.

A los 7 años de edad vivió la separación de sus padres, lo cual ocasionó en el menor resistencia ante cualquier acercamiento afectivo que la madre intentaba tener con él, cómo abrazos, besos y caricias; pero esto fue mejorando con el tiempo ya que él sentía que debía cuidarla y protegerla.

A los pocos meses se enteró que su madre estaba embarazada, esta noticia no fue de su agrado, ya que sentía que iba a ser rechazado por ella de la misma manera como su padre lo había hecho con él, ya que un niño más pequeño en la casa se ganaría toda la atención. Es así como empezó a comportarse de forma grosera, utilizando un tono de voz fuerte. Todos estos comportamientos del menor causaron dificultades en la institución educativa, para lo cual la madre optó por cambiarlo de colegio, pero todos los años se ha venido presentando la misma situación y ha pasado por siete instituciones diferentes, para lo cual se concluye que la solución que se le ha venido dando a dicha problemática no ha traído buenos resultados.

6. Ciclo de vida

Ciclo de vida	Descripción
---------------	-------------

Prenatal	<p>Según reporta la madre del paciente no se presentaron dificultades durante el embarazo y el parto. Este fue de tipo normal a los 9 meses de gestación.</p>
Primera infancia	<p>Durante este proceso el paciente manifiesta no haber tenido una infancia feliz ya que su padre no estaba en la casa todos los días debido a su trabajo de militar y su madre compartió muy poco tiempo con él debido a su trabajo.</p> <p>De igual manera vivenció el maltrato físico y psicológico por parte de su padre hacia su madre, los días que iba a la casa de permiso.</p> <p>A los 5 años ingresó a la institución educativa y su proceso de adaptación fue regular ya que constantemente se escapaba de la escuela y esto hacía que la madre recibiera llamados de atención por parte de los docentes y además mantenía relaciones conflictivas con sus compañeros.</p>
Segunda infancia	<p>A los 7 años de edad vivió la separación de sus padres, lo cual causó en él sentimientos de tristeza.</p> <p>De igual manera recibió la noticia de la llegada de un hermano la cual no fue de su agrado, ya que sentía que iba a ser rechazado por ella de la misma manera como su padre lo había hecho con él, ya que un niño más pequeño en la casa se ganaría toda la atención.</p>
Adolescencia	<p>El paciente se encuentra en esta etapa y ha pasado por diversas situaciones dentro de las cuales se encuentran cambios de colegios debido a sus problemas de comportamiento, hasta el punto de hoy en día estar suspendido del colegio al cual pertenece.</p> <p>Un día intentó agredir a su madre físicamente como respuesta a uno de los reclamos que le hace constantemente por los problemas de comportamiento que presenta.</p> <p>Presenta una relación cercana conflictiva con su hermano y no tiene una figura de autoridad marcada ya que su madre presenta dificultades en cuanto a las habilidades parentales.</p> <p>A pesar de todo se ha destacado por ser un buen estudiante y ser reconocido en el dibujo y el deporte como uno de los mejores.</p>

7. Contexto

Aspectos emocionales y cognitivos	<p>Manifiesta que en muchas ocasiones se siente triste de ver como su madre sufre ante las dificultades que el presenta. No logra controlar la ira que siente ante diferentes situaciones actuando de forma impulsiva.</p> <p>Presenta distorsiones cognitivas, las cuales en ocasiones hacen que se muestre confrontativo en cuanto a sus emociones y pensamientos.</p>
Familia	<p>Es el mayor de dos hijos, hace 7 años perteneció a una familia de tipo nuclear, pero a causa de la separación de sus padres hoy en día pertenece a una familia monoparental, vive con su madre y hermano. La relación a nivel familiar es cercana pero a la vez conflictiva debido a los problemas que se han venido presentando; y al hecho de no aceptar los llamados de atención que le hace su madre.</p>
Contexto académico	<p>Cursa 6° grado y su proceso académico y de relación con compañeros y docentes es distante y conflictiva, ya que siempre le llaman la atención por su mal comportamiento. Su proceso de adaptación al ámbito educativo ha sido regular ya que a la fecha ha pasado 7 colegios a causa de la misma problemática. Su rendimiento académico ha sido bueno, aunque presenta dificultades en algunas materias en específico.</p> <p>Actualmente se encuentra suspendido de la institución educativa.</p>
Contexto social	<p>El paciente actualmente pertenece a un equipo de futbol y baloncesto, tiene pocos amigos en el colegio y fuera de este no tiene ningún grupo de amigos ya que no sale de su casa. Quisiera fortalecer sus relaciones sociales y volver a integrarse al grupo de teatro del cual su madre lo retiró como castigo por su mal comportamiento; ya que manifiesta sentirse a gusto allí.</p> <p>No ha tenido relaciones de pareja.</p>
Contexto afectivo	<p>Según lo evidenciado durante el proceso de evaluación el vínculo afectivo más significativo para el paciente es su figura materna, ya que manifiesta que ha sido su mayor apoyo en todo lo que ha vivido. Aunque no mantienen en la actualidad una muy buena relación el paciente manifiesta que ella es su razón de vivir.</p>

Contexto sexual El paciente en su aspecto sexual reconoce las partes de su cuerpo, las funciones de cada una, su miembro genital y manifiesta hasta el momento no haber tenido relaciones sexuales. Su autocuidado se ha venido decayendo hasta el punto de no hacerse aseo por iniciativa propia, sino que su madre tiene que darle la orden de bañarse o sino opta por no hacerlo.

8. Identificación de factores de adquisición, predisposición y mantenimiento de la conducta.

Motivo de consulta	Factores de Predisposición	Factores de Adquisición	Factores de Mantenimiento
<p>Motivo de consulta referido por la madre de la menor “mi hijo presenta comportamientos agresivos en la institución educativa y en la casa”.</p> <p>Conducta problema: comportamientos de impulsividad en sus relaciones interpersonales”.</p>	<p>-Ausencia de su figura paterna la mayor parte del tiempo.</p> <p>Se evalúa como un factor de predisposición el hecho de que su padre no estuviera en la casa todos los días y solamente compartiera con el cuándo le daban permiso en su trabajo de militar.</p> <p>-Noticia de la llegada de un nuevo hermano.</p>	<p>- Maltrato físico y psicológico de su padre hacia su madre.</p> <p>Se evalúa como factor de adquisición el hecho de que durante su infancia observara constantemente como su padre maltrataba a su madre, tanto de forma física como psicológica.</p> <p>Condicionamiento operante.</p>	<p>- Logra llamar la atención de su madre.</p> <p>Se evalúa como factor de mantenimiento la forma como se comporta y responde ante las situaciones, ya que por medio de esta logra llamar la atención de su madre.</p> <p>Se mantiene por Reforzamiento positivo.</p>

9. Procesos

Proceso Biológico El paciente nació de forma natural a los nueve meses de gestación, sin ningún problema de salud y en su proceso de

	<p>desarrollo no ha presentado inconvenientes. Actualmente no presenta ninguna enfermedad, por tanto no se encuentra en ningún tratamiento médico.</p>
<p>Aprendizaje Cognitivo</p>	<p>Según lo evidenciado en las entrevistas con el menor y en las actividades realizadas durante cada una de las sesiones se puede inferir que presenta un buen nivel de aprendizaje, ya que sabe responder de forma adecuada a las instrucciones dadas, entiende las situaciones problemáticas y le busca diferentes soluciones a las mismas. Esto se corrobora al hablar con la madre quien reporta que su hijo siempre ha obtenido buenas calificaciones y como todos sus compañeros presenta dificultades en algunas materias. Siempre se ha destacado en el deporte y en el dibujo ocupando los primeros puestos.</p> <p>Condicionamiento operante y reforzamiento positivo ya que siempre que se comporta de forma impulsiva logra llamar la atención de su madre.</p> <p>Distorsiones cognitivas que hacen que piense y actúe de forma impulsiva ante diferentes situaciones que se le han presentado en la vida diaria, lo cual ha llevado a dificultar sus relaciones interpersonales.</p>
<p>Proceso Emocional</p>	<p>Es un adolescente que está en su proceso de rebeldía, el cual no le gusta que le den órdenes, siempre está a la defensiva y le molesta que traten de controlarlo. La manifestación de sus emociones está acorde con lo que expresa verbalmente y con lo que se puede observar desde la parte de la gesticulación. Es un paciente un poco intranquilo, se muestra inquieto y le cuesta un poco sonreír. Presenta manifestaciones de ira y hostilidad la mayor parte del tiempo.</p>
<p>Motivación</p>	<p>El paciente expresa textualmente sus deseos de cambiar, lo cual evidencia que tiene una motivación para el cambio en cuanto a las dificultades que presenta en la casa como en la institución</p>

educativa a la que pertenece. Teniendo en cuenta que este proceso tiene que ver con la capacidad de adaptación de las personas, podría afirmarse que el paciente se le dificulta dicho proceso en cuanto al cambio de contextos y funciones que se cumplen en ellos.

10. Evaluación multiaxial e impresión diagnóstica

EVALUACIÓN MULTIAXIAL	EJE I
	Z03.2 Sin Diagnóstico
	EJE II
	Z03.2 Sin Diagnóstico
	EJE III
Z03.2 Sin Diagnóstico	
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	EJE IV
	Dificultades en las relaciones familiares e interpersonales Problemas relativos al grupo primario
	EJE V
	La evaluación de la actividad global actual es 60
	Durante el proceso de evaluación se logró identificar que el paciente presenta dificultades relacionadas con el autocontrol en situaciones de la vida cotidiana, entendidas estas como comportamientos de impulsividad que causan dificultad en sus relaciones interpersonales, insatisfacción de su plan de vida y la ausencia de una figura paterna que lleva a la presencia de dificultades en el hogar en cuanto habilidades parentales. No es una persona agresiva, solo presenta algunos comportamientos de este tipo que le han servido como estrategias para situaciones que ha tenido que afrontar desde muy niño.

Anexo 12. Plan de intervención

PLAN DE INTERVENCIÓN PACIENTE

CONDUCTA PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA	INDICADOR DE LOGRO
		Enseñar al paciente la técnica de respiración.	-Respiración	Antes: El paciente manifiesta que no logra controlar los impulsos que lo llevan a comportarse de forma grosera. Después: El paciente manifiesta controlar algunos impulsos que lo llevar a actuar de forma grosera.
Comportamientos de impulsividad en sus relaciones interpersonales.	Disminuir la frecuencia de los comportamientos impulsivos que presenta el paciente, mejorando así sus relaciones interpersonales.	Realizar ejercicios de relajación muscular de Jacobson	-Relajación de muscular de Jacobson	Antes: El paciente manifiesta que se le dificulta relajarse y por ello tiende a actuar de forma acelerada. Después: el paciente manifiesta que la técnica le ha servido bastante para controlarse en diferentes ocasiones y actuar de forma pasiva.
		Psicoeducar al paciente en la terapia racional emotiva.	Terapia racional emotiva -psicoeducación	Antes: “La mayor parte del día pienso en porque a veces actuó de forma agresiva, pero no logro entender, que es lo que me lleva a actuar de esa manera”. Después: El paciente logró comprender por medio de la Terapia Racional Emotiva, por qué en ocasiones actúa de manera impulsiva.
		Identificar los ABC del paciente	-Autorregistro	Antes: “No sé con claridad porque actuó de cierta manera ante algunas situaciones”. Después: El paciente aprendió a registrar su comportamiento y a comprender la forma como este desencadena sus emociones.
		Confrontación de los pensamientos irracionales	-Diálogo socrático	Antes: “No entiendo porque siempre tengo pensamientos negativos, que me llevan a actuar de forma descontrolada”. Después: “La técnica me ayudó a entender por qué actuaba de forma descontrolada ante ciertas situaciones”.
		Revisar los pensamientos irracionales identificados	-autorregistro	El paciente en casa registró los pensamientos, sentimientos y ocasiones causados en diferentes momentos del día,

por el paciente en casa.

y logro comprender el A-B-C de la conducta. (Ver Anexo 13).

Reducir los pensamientos irracionales identificados por el paciente. -Detención de pensamiento (Formulario de autoayuda de la TREC). Antes: “No logro controlar mis emociones, a veces siento que hago cosas que no debo hacer”. Después: El paciente identificó sus ideas irracionales y las convirtió en ideas racionales, mediante el Formulario de Autoayuda de la TREC. (Ver Anexo 14).

Enseñar al paciente a decir no de forma asertiva -Asertividad oposición Antes: “Se me dificulta decir no a las personas sin lastimarlas”. Después: “He aprendido estrategias para decir no a diferentes situaciones de forma asertiva, y así evitar entrar en conflicto con las personas”.

Enseñar al paciente a actuar de forma asertiva ante situaciones conflictivas. -Role play Antes: “La mayoría de las veces termino discutiendo con las personas por situaciones que me molestan”. Después: “Por medio de la técnica aprendí estrategias para solucionar conflictos de forma asertiva”.

Insatisfacción del plan de vida Motivar al paciente en la reconstrucción de su plan de vida. Aplicar la prueba de interés profesionales para conocer las aptitudes y habilidades que tiene el paciente frente a diferentes profesiones. Cuestionario de intereses profesionales. Antes: “Siempre he sido un buen estudiante, he obtenido buenas calificaciones, pero mis sueños y metas se están acabando porque estoy suspendido del colegio y pienso que no llegaré a darle cumplimiento a planes de ser profesional y futbolista”.

Dar a conocer al paciente sus aptitudes y habilidades con respecto a la prueba. Orientación Antes: “En estos momentos no quiero pensar en el futuro, porque no sé si mis sueños se lleguen a cumplir algún día”. Después: “Ahora que conozco cuales son mis aptitudes y habilidades, sé cómo me debo preparar para conseguir mis metas”.

PLAN DE INTERVENCIÓN MADRE

Carencia de habilidades parentales.	Psicoeducar a la madre en el manejo de habilidades parentales.	Aplicar la técnica de role play para identificar falencias en habilidades parentales.	-Role play	<p>Antes: “Reconozco que como madre he fallado en la educación de mi hijo, pero también sé que no ha sido fácil para mí asumir el rol de madre y padre al mismo tiempo”.</p> <p>Después: “Ahora sé que he fallado en la falta de autoridad que representó para mi hijo”.</p>
	Psicoeducar a la madre en el manejo de normas y reglas en el hogar.	Psicoeducación.		<p>Antes: “No logro imponer reglas en el hogar, porque siempre que intento hacerlo, termino cediendo ante las peticiones de mi hijo.</p> <p>Después: La madre logró implementar algunas normas y reglas dentro del hogar.</p>

Anexo 13. Autorregistro diligenciado por el paciente

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocionales y de conducta(C)
29/05/2015 7:00 pm	“Reprobé el examen de biología”.	“Soy un incompetente y jamás pasaré la materia”.	Sentimientos de rabia hacia el profesor.
30/05/2015 12: m	“Mi mamá me mando a lavar la losa”.	“Debería lavarla ella y no molestar”.	Ira
30/05/2015 4:00 pm	“Mi hermano tomo mi celular sin permiso”.	“Me lo va a dañar, él es un bruto”.	Rabia
31/05/2015 9:00 am	“Llegó un compañero nuevo al equipo de baloncesto”.	“Debería salirse, no lo quiero en mi equipo”.	Ira
31/05/2015 11:00 am	“Perdimos un partido por culpa de un compañero”	“Debería salirse y no jugar más con nosotros”.	Rabia
31/05/2015 3:00 pm	“Mi mamá le compra más cosas a mi hermano”.	“Él es el consentido y preferido, yo no le importo”.	Ira
01/06/2015 4: 00 pm	“Mi hermano me molesta”.	“Es cansón y no puedo soportarlo”.	Rabia

01/06/2015 6:00 pm	“Presentando un parcial”.	un “Soy un bruto, sé que lo voy a perder”.	Angustia
02/06/2015 8:00 am	“Mi mamá me dice que apague el celular”.	“Debería de callarse, no soporto sus órdenes”.	Rabia
03/06/2015 9:00 am	“Estaba entrenando y un niño me pego”	“Debería golpearlo la próxima vez, para que aprenda a respetar”.	Ira
03/06/2015 4:00 pm	“Mi mamá me manda hacer tareas”.	“Debería callarse y dejarme en paz”	Rabia
03/06/2015 8:00 pm	“Discutí con un compañero en el salón”.	“Debería golpearlo, para que no moleste más”.	Ira

Anexo 13. Formulario de Autoayuda de la TREC

Día y hora	Situación (A)	Pensamiento irracional (B)	Consecuencias emocional (C)	Refutación y Creencia racional eficaz (D)	Sentimientos y conductas experimentados con la nueva creencia racional (E)
29/05/201 5 7:00 pm	“Reprobé el examen de biología”.	“Soy un incompetente y jamás pasaré la materia”.	Sentimientos de rabia hacia el profesor.	“Reprobar el examen de biología no me hace un incompetente, sé que debo estudiar más”.	Compromiso frente al estudio.
30/05/201 5 12: m	“Mi mamá me mando a lavar la losa”.	“Debería lavarla y no molestar”.	Ira (90)	“Voy a lavarla yo, para colaborar en la casa”.	Ira (60)
30/05/201 5 4:00 pm	“Mi hermano tomo mi celular sin permiso”.	“Me lo va a dañar, él es un bruto”.	Rabia (90)	“Si mi hermano toma mi celular, no necesariamente lo va a dañar”.	Rabia (50)
31/05/201 5 9:00 am	“Llegó un compañero nuevo al equipo de baloncesto”.	“Debería salirse, no lo quiero en mi equipo”.	Ira (100)	“Finalmente si lo acepto puede llegar a ser un buen compañero para mi equipo”.	Ira (80)

31/05/2015 3:00 pm	“Mi mamá le compra más cosas a mi hermano”.	“Él es el consentido y no le importo”.	Enojo (100)	“Si mi mamá le compra más cosas a mi hermano, es porque él las necesita más que yo”.	Tranquilidad (90)
01/06/2015 4: 00 pm	“Mi hermano me molesta”.	“Es cansón y no puedo soportarlo”.	Rabia (90)	“Si me molesta es porque quiere pasar tiempo conmigo, por lo tanto le voy a dedicar tiempo”.	Una mejor relación con mi hermano.
01/06/2015 6:00 pm	“Presentando un parcial”.	“Soy un bruto, sé que lo voy a perder”.	Angustia (90)	“Finalmente me siento tranquilo porque estudie para el examen”.	Tranquilidad y seguridad (100)
02/06/2015 8:00 am	“Mi mamá me dice que apague el celular”.	“Debería callarse, soporto sus órdenes”.	Rabia (90)	“Si me manda a apagar el celular debo hacer caso para que no se enoje”.	Rabia (40)
03/06/2015 9:00 am	“Estaba entrenando y un niño me pego”	“Debería golpearlo próxima vez, para que aprenda a respetar”.	Ira (100)	“Considero que es mejor hablar con él, para que tenga más cuidado la próxima vez”.	Tranquilidad porque sé que no lo va a volver hacer.
03/06/2015 4:00 pm	“Mi mamá me manda hacer tareas”.	“Debería callarse y dejarme en paz”	Rabia (90)	“Sé que es mejor hacer las tareas para que me vaya bien”.	“Me siento feliz porque mi mamá se preocupa por mí”.