

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL
A JÓVENES INFRACTORES DE LEY**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICÓLOGO
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

MONOGRAFÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

HÉCTOR ANDRÉS OREJARENA SILVA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

BUCARAMANGA

2012

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL
A JÓVENES INFRACTORES DE LEY**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PSICOLÓGO
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

MONOGRAFÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

HÉCTOR ANDRÉS OREJARENA SILVA

ASESORA

ANA FERNANDA URIBE RODRIGUEZ



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

BUCARAMANGA

2012

Nota de aceptación_____

Presidente del jurado_____

Jurado 1_____

Jurado 2_____

Floridablanca_____

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
INTRODUCCION	
Ubicación institucional.....	9
Características principales de la población atendida.....	10
Aspectos generales de la terapia cognitivo- conductual.....	13
Objetivos.....	14
METODOLOGÍA.....	15
RESULTADOS	
Generalidades de la población atendida.....	17
Aspectos generales del proceso de intervención realizado con la muestra.....	21
DISCUSIÓN.....	26
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS.....	32

ANEXOS

Anexo 1: Conceptualización del caso clínico 1

Anexo 2: Conceptualización del caso clínico 2

Anexo 3: Conceptualización del caso clínico 2

Anexo 4: Formato de valoración de psicología

Anexo 5: Autorregistro

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la libertad de elegir y decidir el rumbo de mi vida.

A mi madre, por trasmitirme su sabiduría y por brindarme un apoyo incondicional que alimenta mi sentido de vida.

A mi familia que siempre ha creído en mis capacidades y siempre está dándome su voz de aliento.

A la Universidad Pontificia Bolivariana por acogerme, educarme y enseñarme la verdadera esencia de la responsabilidad social.

A mis amigos, que hacen que mi vida tenga ese tinte de alegría y humildad.

A mi asesora, que ha hecho que mi experiencia de práctica me haya dejado una enorme riqueza intelectual y personal.

Y en general a todos los que hacen parte de mi vida directa e indirectamente, ya que soy consciente que detrás de cada logro, hay un puñado de gente que ha puesto su grano de arena para alcanzarlo...Gracias.

RESUMEN

TITULO: Intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual a jóvenes infractores de ley

AUTOR: Héctor Andrés Orejarena Silva

FACULTAD: Especialización en Psicología Clínica

Ana Fernanda Uribe Rodríguez

La presente monografía muestra los elementos más relevantes del proceso de práctica clínica denominado “Intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual a jóvenes infractores de ley” realizado en la Fundación Hogares Claret, Casa de Menores de Piedecuesta. En general, la población atendida estuvo conformada por 41 adolescentes de la fundación con los cuales se identificó a grandes rasgos, que la mayoría son menores de edad (61%); los diagnósticos establecidos a la mayor parte de ellos (78%) fueron, el Trastorno Disocial (TD) de inicio infantil - moderado, el TD de inicio en la adolescencia - moderado y la Conducta antisocial en la adolescencia, todos en conjunto con el Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas en entorno controlado; el hurto agravado y calificado tuvo la prevalencia más alta, presentado en el 69% de los casos; el 61% de los jóvenes tienen como SPA de preferencia al cannabis; y el 98% consume más de 1 tipo de SPA. Por otra parte se tomó una muestra de 3 adolescentes de género femenino con las cuales se ejecutó un proceso de once sesiones de intervención clínica en donde se abordaron problemáticas asociadas a la impulsividad, el manejo inadecuado del enojo, conductas autolíticas, consumo de SPA, entre otras, resaltando la utilización de técnicas cognitivo conductuales, como la identificación de ideas irracionales, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en autoinstrucciones y autodiálogo, modelamiento, ensayo conductual, instrucción verbal, retroalimentación, etc. En términos generales hubo una reducción de la sintomatología inicial de las pacientes y una percepción de mejoramiento a nivel personal en cada una de ellas, aspectos evidenciados en el aumento de 19,3 puntos en promedio, en las Escalas de Evaluación Global (EEAG). No obstante, la imposibilidad de ejecutar intervenciones a nivel familiar y comunitario, dificulta poder establecer un pronóstico acerca de la perpetuación de las mejorías alcanzadas durante el proceso terapéutico.

PALABRAS CLAVE: Intervención psicológica, enfoque cognitivo-conductual, adolescentes, infractores de ley, trastorno disocial, consumo de sustancias psicoactivas.

ABSTRACT

TITLE: Psychological intervention with cognitive-behavioral methodology for adolescent law offenders

AUTHOR: Héctor Andrés Orejarena Silva

FACULTY: Especialización en Psicología Clínica

Ana Fernanda Uribe Rodríguez

This report shows the most relevant elements about the process of the clinic practice called “Psychological intervention with cognitive-behavioral methodology for adolescent law offenders” that was made in Claret Foundation, Piedecuesta’s Minors House. The population who applied for psychological treatment were 41 adolescents of the foundation, most of them were minors (61%); the principal diagnosis for most of them (78%) were Conduct Disorder (CD) childhood onset type – moderate, the CD adolescent onset type – moderate, and the Antisocial Conduct in Adolescence, all of those combined with Substance abuse in controlled environment; Grievous theft had the highest prevalence with the 69% of the cases; the 61% prefer to consume habitually the cannabis; and the 98% consume more than one type of drug. For other way, three feminine adolescents were subject to eleven sessions of clinical intervention. The principals problematic were difficulty managing anger, consume of drugs, self-aggressions, impulsivity, among others, and the most used cognitive-behavioral techniques were training in identification of irrational ideas, cognitive restructuring, training in self-instructions and self-dialogue, modeling, verbal instructions, feedback, etc. At the end of the treatment it conclude that the patients showed a reduction of the initial symptoms and a positive perception about their personal improvements, those aspects were shown in the increase of 19.3 points in average, at the Global Assessment of Functioning (GAF). Nevertheless, the impossibility to realize familiar and communitarian interventions, it hampers the establishment of a prognostic about the improvements perpetuation.

WORD KEYS: Psychological intervention, cognitive-behavioral methodology, adolescents, law offenders, consume of drugs.

INTRODUCCIÓN

En este apartado se recopilan los elementos introductorios y conceptuales más importantes del proceso de práctica clínica denominado “Intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual a jóvenes infractores de ley”. En primer lugar se encuentra plasmada una ubicación institucional contrastada con aspectos fundamentales de la ley 1098 de 2006 del código de infancia y adolescencia. En segunda instancia, se establecen ciertos planteamientos teóricos que caracterizan la población atendida teniendo en cuenta su etapa en el ciclo vital y la problemáticas más frecuentes encontradas: comportamiento disocial y consumo abusivo de sustancias psicoactivas. Posteriormente, se presentan algunas generalidades del enfoque terapéutico cognitivo-conductual que fue utilizado para las intervenciones clínicas. Por último, se enuncian los objetivos generales y específicos que orientan el proyecto.

UBICACIÓN INSTITUCIONAL

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) es el organismo encomendado a dirigir la implementación del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) que establece el Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006). Tiene a su disposición los Centros de Atención Especializados (CAE) y los programas de libertad vigilada.

Ahora bien, la Casa de Menores de Piedecuesta (CASAM) perteneciente a la Fundación Hogares Claret (FHC) es un CAE que desarrolla un programa de responsabilidad penal para jóvenes infractores de ley que tienen medidas de internamiento preventivo y privación de la libertad. Se encuentra ubicada en el Municipio de Piedecuesta en la Calle 6 No. 6 – 66 y alberga actualmente a aproximadamente 200 adolescentes de género masculino y femenino en conflicto con la ley penal, con problemáticas de comportamiento delincual y de consumo de sustancias psicoactivas.

La institución tiene en cuenta el Modelo de Atención Restaurativo, el cual según el ICBF (2010), tiene como objetivo, la rehabilitación y la resocialización del adolescente, estableciendo para ello un marco pedagógico que prioriza la atención integral y las intervenciones basadas en los derechos y deberes ciudadanos, la intención de colaboración con la justicia, la reparación del daño causado, la restauración de los vínculos sociales y la posibilidad del joven de desarrollar un cambio en su proyecto de vida, en donde la familia se empodere del rol de acompañante activo.

Por medio de la acción pedagógica se promueven en el adolescente, espacios de reflexión que hacen visibles las acciones para el reconocimiento de responsabilidad sobre el delito, motivación para la aceptación y reparación de los daños causados a las víctimas, de tal forma que, se establece una relación educativa encaminada a desarrollar la plena conciencia como ciudadano activo y responsable (ICBF, 2010, p.6).

Teniendo como fundamento el desarrollo de un acompañamiento integral, CASAM cuenta con un equipo técnico interdisciplinario compuesto por Director Regional y su personal administrativo (Contadores, Secretaria regional, Auxiliares de Contaduría),

Directora Terapéutica, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Pedagogos, Nutricionista, Médico, Enfermera, Odontólogo, Educadores, entre otros.

Con el fin de llevar a cabo el acompañamiento en el proceso de resocialización y de construcción de un sentido de vida a los adolescentes infractores, además del Modelo de Atención Restaurativo, en CASAM se trabaja bajo algunos parámetros del modelo de comunidad terapéutica utilizado por la FHC en diversos programas para el tratamiento de la farmacopendencia. En ese sentido, el modelo de atención por el cual se rige el equipo técnico para el desarrollo de procesos terapéuticos y de acompañamiento, está estructurado por cuatro fases las cuales son: “Inducción y Acogida”, “Identificación de Problemáticas”, “Elaboración de Problemáticas” y “Consolidación del Proceso”. Dicho modelo está orientado en general para modificar los patrones de conductas disociales y de consumo de sustancias psicoactivas que tienen los jóvenes residentes, y para orientarlos en la construcción y ejecución de un proyecto de vida matizado por el compromiso social.

Por otra parte, el modelo de atención terapéutica se da a nivel grupal, familiar-comunitario e individual. Dentro trabajo grupal, se realizan diversas terapias propias de la comunidad terapéutica claretiana, como por ejemplo, el Grupo de Encuentro, la Ronda de Señalamientos, la Confrontación, la Terapia de Autoafirmación, los Grupos Focales para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas, el Feedback, entre otros. En cuanto al abordaje familiar, los trabajadores sociales y psicólogos se encargan de intervenir terapéuticamente las estructuras y dinámicas patológicas de las familias de los adolescentes, y por otro lado, se promueve el fortalecimiento de las redes de apoyo en las comunidades de los sectores donde residen. A nivel individual, el área de psicología ejecuta regularmente un acompañamiento terapéutico con los residentes para trabajar las diversas problemáticas de comportamiento que presentan.

A parte de los diferentes procesos terapéuticos que se manejan en CASAM, también se da un manejo especial al desarrollo educativo y vocacional de los residentes. En el área ocupacional los jóvenes cuentan con la formación en Panadería, Carpintería y Sistemas, además, el SENA ejecuta diversos cursos presenciales y virtuales para brindar a los adolescentes más herramientas para la construcción de un proyecto de vida positivo. En lo que respecta a educación, se cuenta con un convenio con la Secretaría de Educación de Piedecuesta para la realización de la escolaridad bajo la pedagogía de Ciclos Lectivos Especiales Integrados (CLEI) para que los jóvenes inicien o continúen su preparación en diversas áreas del conocimiento.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

La población sujeta de estudio se encuentra constituida por adolescentes. En el común se maneja la idea de que la esta etapa de la vida tiene su comienzo cuando los niños y niñas empiezan a presentar cambios físicos bruscos y reacciones fisiológicas asociadas al desarrollo sexual (menarquía en mujeres y emisiones nocturnas en hombres), y culmina cuando se cumple la mayoría de edad (en Colombia, a los 18 años). En el 2002, Palacios & Oliva, plantean que la adolescencia empieza aproximadamente entre los 12-13 años y va hasta el final de la segunda década. Por otra parte, Casas & Ceñal (2005), refieren que la

adolescencia está dividida en tres subetapas: Adolescencia temprana (11-13), Adolescencia media (14-17) y Adolescencia tardía (17-21).

Ahora bien, Aliño, Lopez & Navarro (2006), plantean las siguientes características particulares de cada subetapa de la adolescencia: a) en la adolescencia temprana, suceden cambios biológicos en relación a los caracteres sexuales y órganos reproductores, se generan cambios hormonales importantes, además, empieza a aparecer la necesidad de independencia, la impulsividad, la inestabilidad emocional, y la ambivalencia en la relación con los padres; b) en la adolescencia media, continúan los cambios biológicos en relación a los órganos sexuales, la estatura, el cambio de voz, la imagen corporal cobra gran importancia, persisten los conflictos en la relación con los progenitores en la búsqueda de independencia, se desarrolla el pensamiento formal, las relaciones sentimentales son inestables, y la masturbación y las relaciones sexuales toman gran importancia; c) En la fase tardía se establecen las características sexuales de la adultez, culmina el crecimiento, existe un mayor vínculo con la familia, se le da más importancia a la pareja que al grupo, mejora el control de impulsos, la ambivalencia se va reduciendo, y se empieza a constituir el sistema personal de valores.

El impulso que se genera en el adolescente por encontrar su identidad, lo lleva a buscar nuevas experiencias en diversos ámbitos de su vida, y a presentar conflictos intrapersonales e interpersonales en dicho proceso natural, lo cual, puede hacerlo vulnerable a gran variedad de factores de riesgo. El periodo de desarrollo de la adolescencia está “enmarcado por la exploración y los comportamientos justamente generadores de riesgo, los mismos que pueden comprometer la salud, la supervivencia y el proyecto de vida del individuo” (Rojas, 2001, p.57).

Siguiendo el orden de ideas, en 1999, Herrera plantea que en la adolescencia se presentan factores de riesgo psicológicos y sociales, que pueden ser las bases para la aparición de alteraciones psicológicas y físicas. Dentro de los primeros se encuentran: la insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas como por ejemplo, la necesidades de autoafirmación e independencia, y la aceptación por el grupo de pares; los patrones inadecuados de crianza (permisividad, autoritarismo, violencia intrafamiliar y autoridad dividida en el hogar), el ambiente frustrante que atenta contra sus necesidades y derechos, y la educación sexual mal orientada (prejuicios, desinformación, comunicación restringida). En relación con el riesgo social se establecen: el inadecuado ambiente familiar, la inclusión a grupos antisociales, la promiscuidad, y bajo nivel escolar, cultural y económico.

El consumo de drogas se constituye como una problemática que puede iniciar fácilmente a partir de la exposición a los factores de riesgo mencionados anteriormente durante la niñez y/o adolescencia. Diversos estudios han señalado que las motivaciones más frecuentes en la iniciación del consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) por parte de los adolescentes, son el fácil acceso a las mismas, las emociones placenteras que presentan bajo su uso, que los llevan a disminuir sentimientos desagradables, ansiedad y tensión, además del valor agregado que tiene que ver con la sensación de bienestar generado a partir de la aceptación en ciertos grupos de pares (Rojas, 2001).

Sin embargo, Rojas (2001) plantea que para los adolescentes que evidencian características personales, familiares y contextuales más complejas que rozan con lo

patológico, el consumo de sustancias constituye en muchas ocasiones la única alternativa para enfrentarse a las dificultades del día a día, así como también suelen ser los más sensibles a reaccionar favorablemente a la adicción.

Por otra parte, además de la problemática del consumo de SPA que se puede generar tras la exposición a los factores de riesgo indicados precedentemente, también cabe resaltar que estos mismos pueden llegar a ser los precursores y/o potenciadores de trastornos del comportamiento (TC) en el niño y posteriormente en el adolescente, los cuales tienen una gran complejidad teniendo en cuenta el impacto negativo a nivel personal y social que pueden llegar a generar, y a la alta probabilidad de que se establezca una exacerbación progresiva de la sintomatología si no son tratados oportunamente.

El coste de los TC en términos de la calidad de vida de estos jóvenes y de sus familiares y de los recursos necesarios, es muy alto. Además del coste en recursos de Salud (tanto de Atención Primaria como de los Servicios de Salud Mental), están directamente implicados los Servicios Sociales (ya que algunos de estos niños y adolescentes van a pasar un período en centros de acogida) y los servicios de educación donde los problemas de conducta son cada vez más difíciles de contener y manejar, con una alta tasa de fracaso escolar y absentismo. (Javaloyes & Redondo, 2005, p. 34)

En complemento, tras una revisión de estudios longitudinales, Agüero (1998), concluye que hay una continuidad de los Trastornos de conducta en la infancia hacia la edad adulta en forma de Trastorno antisocial de personalidad, en proporciones que oscilan entre el 33% y el 45 % en poblaciones de varones, y en menores proporciones en mujeres que se encuentran entre el 11 % y el 30 %.

El Trastorno Disocial está dentro de los TC y es considerado como una de las formas más frecuentes de psicopatología en niños y adolescentes, presentando una prevalencia que se ha incrementado en las últimas décadas (Vásquez, Fera, Palacios & De la Peña, 2010). Se trata de “Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad” (APA, 2002, p.113). En el DSM-IV-TR, se describen criterios como: agresión a personas y animales (peleas, crueldad, robos, amenazas, etc.), destrucción de la propiedad (daño a propiedades, incendios, etc.), fraudulencia o robo y violaciones graves de normas (fugas en el hogar, problemas en la escuela). Además, se establecen tres niveles de intensidad sintomatológica, siendo leve cuando los problemas de comportamiento causan un daño mínimo hacia otros, Moderado cuando los problemas sociales son intermedios y Grave cuando se producen daños significativos a los demás. Además, se debe especificar si es de Inicio Infantil (presencia de síntomas antes de los 10 años) o de Inicio Adolescente (ausencia de sintomatología antes de los 10 años).

El Trastorno Disocial se encuentra bastante asociado a la delincuencia juvenil y al consumo de sustancias psicoactivas teniendo en cuenta los criterios mencionados anteriormente. Se ha detectado que en muchas ocasiones “el consumo de drogas precede o acompaña la comisión de actos delictivos entre adolescentes, y que factores de riesgo para el abuso de drogas han sido reconocidos también como factores causales de delitos en este segmento de la población”. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009, p.15)

ASPECTOS GENERALES DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Hoy en día, la terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha convertido en una opción efectiva y eficiente para el tratamiento de múltiples perturbaciones psicológicas. Después de que el conductismo y el psicoanálisis fueran las escuelas predominantes en psicología, surge este enfoque que sería algo así como el heredero de esas dos grandes corrientes, y retoma de estas ciertos elementos, reformula algunos, y propone otros más, todo con el objetivo de establecer teorías y metodologías innovadoras y de alto impacto.

A nivel general, Chambless & Ollendick (2001), plantean que el enfoque cognitivo-conductual posee una gran efectividad en gran parte de las problemáticas de salud mental que se presentan en la niñez y la adultez. Principalmente en niños, sobre trastornos del comportamiento perturbador, fobias, depresión, trastornos de la eliminación, trastornos de ansiedad, retardo mental, autismo, etc. Y en adultos, primordialmente en trastornos de ansiedad, estrés, trastornos del estado de ánimo, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos sexuales, trastornos de la personalidad, trastornos psicóticos, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos del sueño.

En el 2003, Zuluaga plantea que la Terapia Cognitivo-conductual tiene dos corrientes, una técnica y otra conceptual. En cuanto al primer grupo se presentan: a) Condicionamiento Encubierto; b) Entrenamiento Autoinstruccional e Inoculación del Estrés; c) Detención del pensamiento; d) Entrenamiento en Solución de Problemas; e) Autocontrol Encubierto. A nivel conceptual se incluyen: a) La Terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, cuyo principio es modificar el conjunto de creencias irracionales que subyacen a los problemas emocionales y conductuales; b) La Terapia cognitiva (TC) de Aaron Beck, que busca cambiar las distorsiones cognitivas que mantienen las conducta desadaptativas; c) La Terapia centrada en los esquemas de Jeffrey Young, la cual es una expansión de la TC de Beck.

Por otra parte, según Beck (2000), existen ciertos principios asociados a la aplicación de la terapia cognitivo - conductual. 1) La TCC es fundamentada en una formulación dinámica del paciente planteada en términos cognitivos. 2) Requiere una sólida alianza terapéutica. 3) Enfatiza la colaboración y la participación activa. 4) Está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. 5) Inicialmente destaca el presente. 6) Es educativa, pretende enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas. 7) Tiende a ser limitada en el tiempo. 8) Las sesiones son estructuradas. 9) La TCC ayuda al paciente a identificar y evaluar sus pensamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia. 10) Se sirve de una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

A manera de complemento, Sparrow (2007), afirma que la terapia cognitivo-conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos psicológicos, además, es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo, opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente, y consta de 3 fases o etapas: la evaluación, la intervención propiamente dicha, y el seguimiento.

A su vez, la TCC utiliza una metodología estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema, la prevención y la promoción de la salud, y maneja procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallas en el procesamiento de la información en diferentes trastornos psicológicos (Riso, 2006).

Para corregir las conductas disfuncionales y las distorsiones cognitivas, la Terapia Cognitivo Conductual utiliza un repertorio de técnicas de modificación de conducta y de procedimientos verbales diseñados para ayudar al paciente en la identificación y corrección de cogniciones disfuncionales, asumiendo que si se piensa y se actúa en forma más realista y adaptativa con respecto a los problemas, tanto situacionales como psicológicos, se espera que el paciente experimente una mejoría en los síntomas y en consecuencia, en la conducta (Contreras & Oblitas, 2001).

En resumen, los enfoques de terapia cognitivo-comportamental están dirigidos principalmente a la modificación de pensamientos equívocos que tienen las personas acerca del mundo y de ellas mismas. Promueve en los individuos una postura flexible, realista, adaptativa y funcional sobre la vida, combinando técnicas dirigidas a realizar cambios en el pensamiento con otras que se enfocan en cambios conductuales y experienciales.

Objetivo general:

Consolidar el proceso de formación en Psicología Clínica a través de un proceso de intervención psicológica desde el enfoque cognitivo-conductual con tres adolescentes de género femenino infractoras de ley que residen en la Fundación Hogares Claret (Casa de Menores de Piedecuesta).

Objetivos específicos:

Realizar evaluaciones psicológicas a la muestra conformada por adolescentes infractoras de ley que residen en la Fundación Hogares Claret, con el fin de desarrollar conceptualizaciones claras acerca de los casos, diagnósticos con fundamento clínico y planes de intervención acordes a las problemáticas identificadas.

Emplear técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales acordes con la estructura y la dinámica de los casos, para intervenir a la muestra de jóvenes infractoras de ley.

Evaluar el impacto de las intervenciones a partir de la evolución en los puntajes de las Escalas de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) durante el transcurso de las sesiones con las adolescentes.

Sistematizar la información general recolectada durante el proceso de atención psicológica para facilitar un análisis clínico basado en lo estadístico.

METODOLOGÍA

A continuación se presentan los elementos metodológicos que orientaron el proceso de práctica clínica “Intervención Psicológica con Enfoque Cognitivo-Conductual a Jóvenes Infractores de Ley”.

Población

Actualmente en la Fundación residen 200 adolescentes vinculados al sistema de responsabilidad penal, de los cuales 173 pertenecen al género masculino y 17 al femenino. Se realizó atención psicológica a 36 jóvenes de género masculino pertenecientes a la unidad de Shalom teniendo en cuenta las exigencias laborales de la Fundación, y a 5 del femenino remitidas para el abordaje de la práctica clínica, para un total de 41, cuya edad media fue de 17, 3 con una desviación estándar de 9,5.

Muestra

Se escogen a conveniencia 3 jóvenes de género femenino, residentes en la unidad de Primavera de la Fundación Hogares Claret con medida de privación de la libertad, con una edad de 17 años cada una (el proceso de intervención psicológica se empezó a realizar con 5 adolescentes, sin embargo, 2 de ellas egresaron un mes después de iniciar tratamiento).

Técnicas de evaluación

Se emplea la entrevista para explorar datos sociodemográficos, antecedentes, situación actual, problemáticas y necesidades especiales de las adolescentes, resaltando la utilización de preguntas abiertas, la clarificación, el parafraseo y el resumen. Además, se emplea esta técnica con educadoras y profesionales que trabajan directamente con las jóvenes para completar información acerca de sus vivencias durante el tiempo que llevan en la Fundación. Por otra parte, se realiza una observación conductual con el objetivo de detectar en movimientos, gestos, uso del lenguaje y porte durante la consulta, aspectos relevantes que complementen la información proporcionada en la entrevista.

Instrumentos

Autorregistro (situación, pensamiento, emoción, conducta/respuesta fisiológica)

Procedimiento:

- 1) Recepción de los casos: Se reciben y se estudian las remisiones del psicólogo encargado de la unidad femenina para realizar un muestreo por conveniencia. Después, se cita a las jóvenes a un espacio grupal donde se les explica los aspectos generales del proceso de práctica clínica, resaltando el carácter voluntario de la participación. Por último, se procede a la lectura y firma del formato de consentimiento informado.
- 2) Evaluación: Durante las dos primeras sesiones, se examinaron cuidadosamente los casos mediante la entrevista, la observación conductual y los autorregistros asignados en las tareas intersesiones. Posteriormente, se formularon las conceptualizaciones de los casos clínicos, donde se plantearon las hipótesis

explicativas acerca de los problemáticas identificadas en cada paciente y se trazaron los objetivos y actividades del tratamiento. Además, durante estas primeras sesiones se empezó a generar y a afianzar el rapport terapéutico, teniendo en cuenta su utilidad para establecer la adherencia y el compromiso con el proceso.

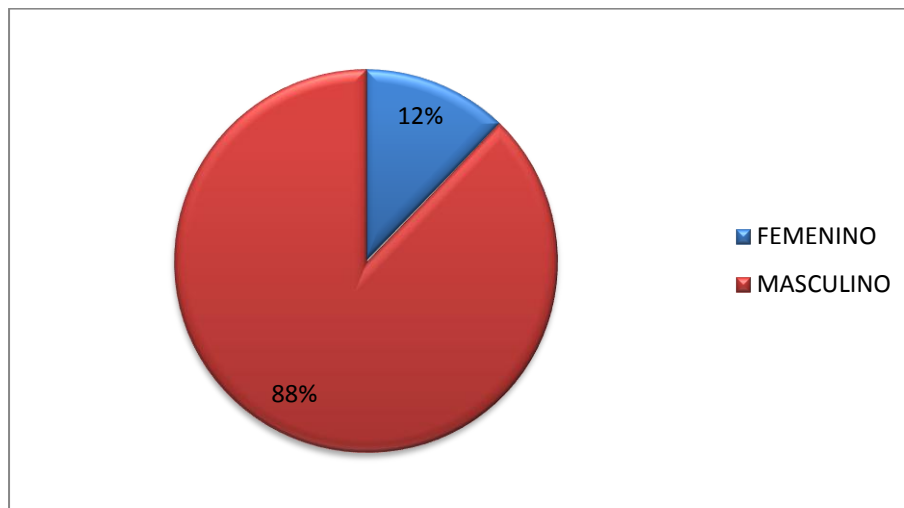
- 3) Intervención: Se ejecutaron ocho sesiones a parte de las dos primeras de evaluación psicológica con cada una de las tres pacientes. Teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos planteados en la conceptualización, se ejecutaron las intervenciones desde el enfoque cognitivo-conductual. Las técnicas más utilizadas durante el proceso fueron: identificación de ideas irracionales, reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones y autodiálogo, modelamiento, ensayo conductual, instrucción verbal, retroalimentación, entre otras.
- 4) Seguimiento: A partir de una sesión con cada paciente, un mes después de culminado el tratamiento, se evaluó la efectividad del programa terapéutico a corto plazo y se realizaron los ajustes y orientaciones necesarias para el mantenimiento de los cambios positivos.
- 5) Sistematización de los resultados: Después de la culminación de los procesos de intervención se procedió a realizar las estadísticas de los datos más representativos con el fin de facilitar su análisis. En primera instancia se encuentran las generalidades de la población general atendida y seguidamente, los aspectos generales del proceso de intervención con la muestra (Ver Resultados).

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del proceso de práctica. En primer lugar, se muestran estadísticamente algunas variables de la población general atendida, como el género, las edades, los principales diagnósticos, los tipos de delitos, la sustancia psicoactiva de preferencia, y el número de tipos de sustancias psicoactivas que consumen habitualmente. Posteriormente se hallan los aspectos generales del proceso de intervención realizado con la muestra, donde encuentran las características principales de este segmento de la población y después, una breve descripción de las sesiones con cada una de las pacientes junto con la presentación de unas gráficas que evidencian el impacto de las intervenciones a partir de los cambios en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), durante el transcurso de las sesiones. Además, se establece una visión comparativa entre los procesos de evolución de las tres adolescentes.

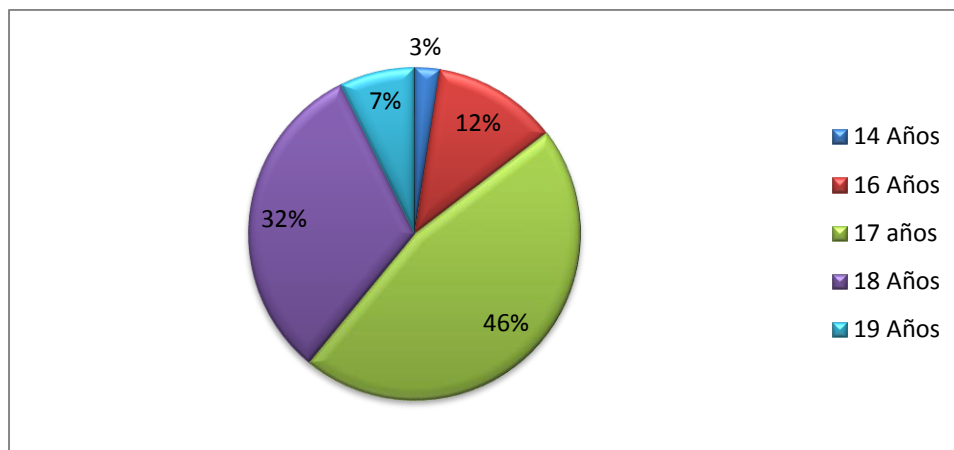
1. GENERALIDADES DE LA POBLACION ATENDIDA

La mayor parte de la población atendida pertenece al género masculino con un 88% (36 casos) y el grupo restante es de género femenino con el 12 % (5 casos). (Véase Gráfica 1.)



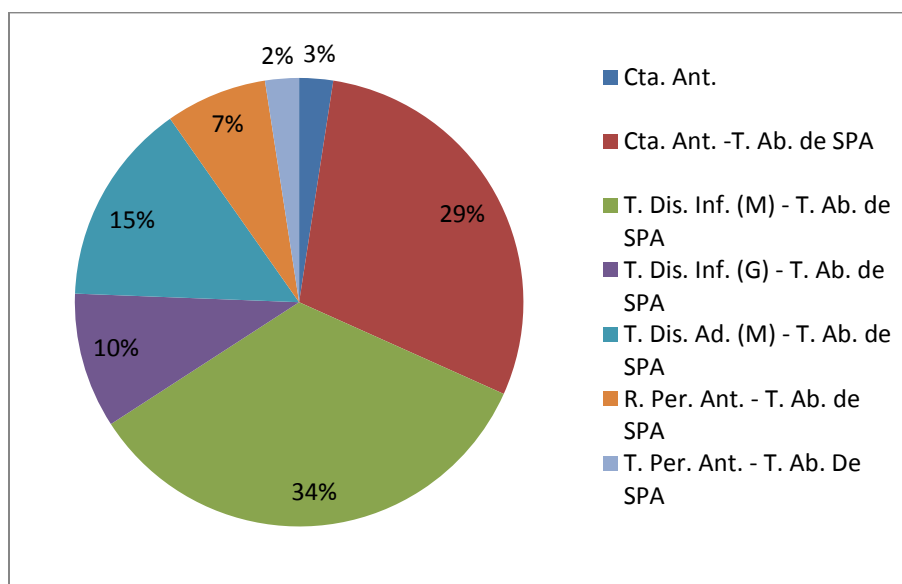
Gráfica 1. Distribución de la población en función del género.

El 61% de la población atendida eran menores de edad, en donde el 46% (19 casos) tenían diecisiete años, el 12% (5 casos) dieciséis años y el 3% (1 caso) catorce años. Además, evidencia que el 39 % restante eran jóvenes mayores de edad, estableciéndose que de esta proporción el 32% (13 casos) tenían dieciocho años y el 7% (3 casos) diecinueve años. (Véase Gráfica 2.)



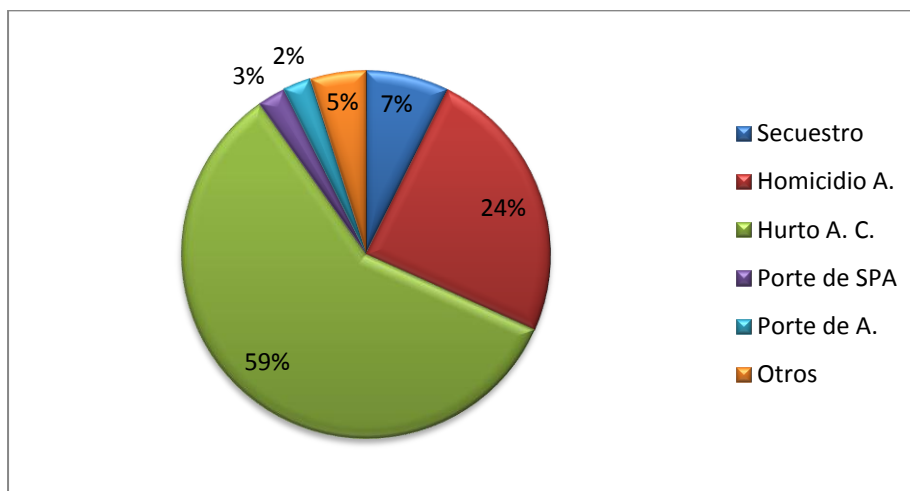
Gráfica 2. Distribución de la población en función de la edad

El Trastorno Disocial de inicio infantil (moderado) es la problemática diagnosticada en el mayor número de pacientes con una proporción de 34% (14 casos), seguida de la Conducta Antisocial en la Adolescencia con el 29% (12 casos) y el Trastorno disocial de inicio en la adolescencia (moderado) con un 15% (6 casos), teniendo en cuenta que estos trastornos están en conjunto con el Trastorno por Abuso de Sustancias Psicoactivas (TAS) en entorno controlado. Después, se encuentra que el 10% (4 casos) presentaron un diagnóstico de Trastorno Disocial de inicio en la infancia (grave), el 7% (3 casos) Rasgos de Personalidad Antisocial y el 2% (1 caso) el Trastorno Antisocial de la Personalidad, encontrándose también que estas tres problemáticas estaban en unión con el TAS. Por último, se evidencia que el 3% (1 caso) estuvo diagnosticado con Conducta Antisocial en la Adolescencia sin presencia de TAS. (Véase Gráfica 3.)



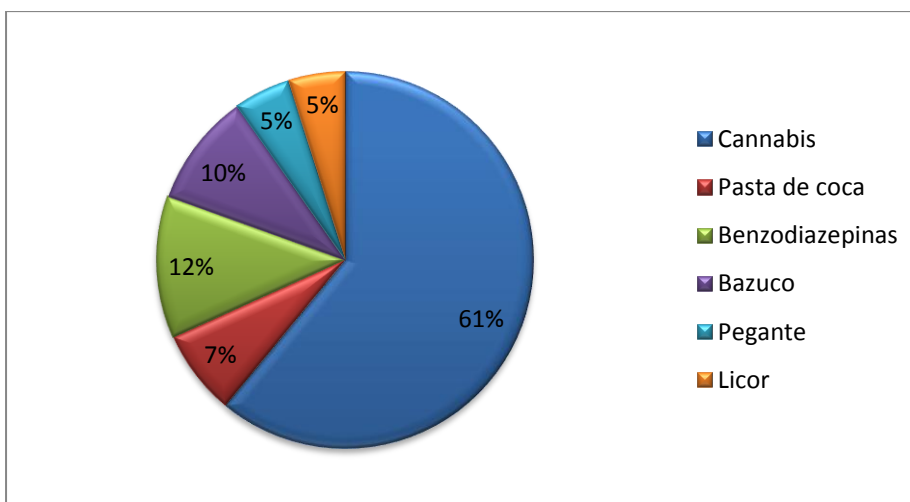
Gráfica 3. Diagnósticos de la población atendida

El 59% (24 casos) de los adolescentes atendidos están sancionados por el delito de Hurto Agravado y Calificado, seguido del delito de Homicidio Agravado con un 24% (10 casos). Por otra parte, en menores proporciones se encuentran los delitos de Secuestro con el 7%, (3 casos) Tentativa de Homicidio y Lesiones personales ostentan el 5%, (2 casos) y los delitos de Porte o Expendio de Estupefacientes y Porte de Armas de Fuego o Municiones con el 3% (1 caso) y 2% (1 caso) cada uno. (Véase Gráfica 4.)



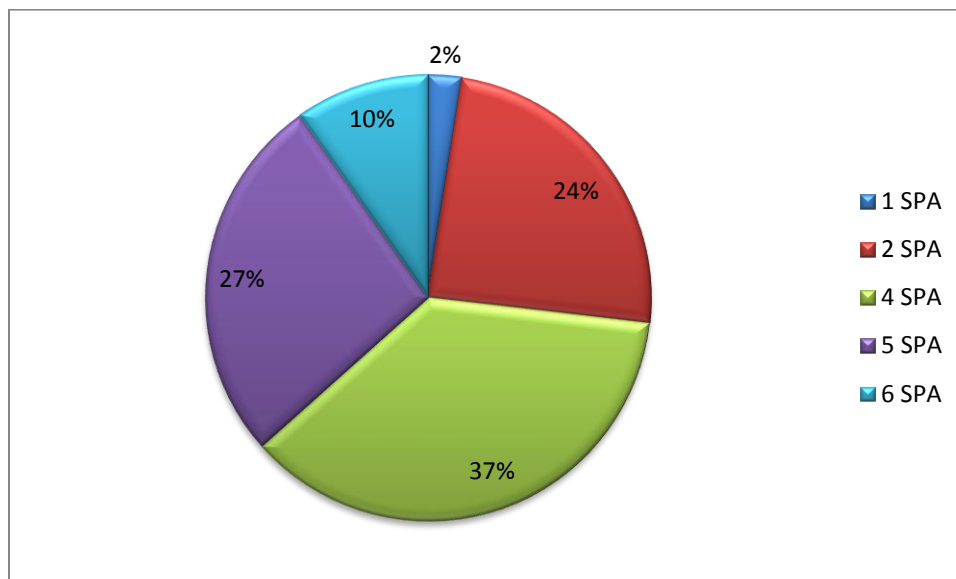
Gráfica 4. Tipos de delitos de la población atendida.

La sustancia psicoactiva de preferencia para la mayor parte de los adolescentes atendidos es el cannabis abarcando el 61% (25 casos). Después, se encuentran las benzodiazepinas con el 12% (5 casos), el bazuco con el 10% (4 casos) y la pasta de cocaína el 7% (3 casos). Por último, se halla el Pegante y el licor con un 5% cada uno (4 casos en conjunto). (Véase Gráfica 5.)



Gráfica 5. Sustancias psicoactivas de preferencia de la población atendida.

La mayor parte de los jóvenes infractores atendidos consume habitualmente cuatro tipos de sustancias psicoactivas, ostentando el 37% (15 casos), seguido de la proporción de adolescentes que consume cinco SPA, con un 27% (11 casos) y dos SPA el 24% (10 casos). Finalmente se muestran que el 10% (4 casos) consumen seis SPA y tan solo el 2% (1 caso) consumen un tipo de sustancia (Véase Gráfica 6.)



Gráfica 6. Cantidad de clases de SPA que consume habitualmente la población atendida.

2. ASPECTOS GENERALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN REALIZADO CON LA MUESTRA

A continuación se muestran las características principales de la muestra resaltando la edad cronológica, el género, el estado civil, la escolaridad, el delito, la medida legal, el tiempo que llevan privadas de la libertad en la fundación, el diagnóstico, y la cantidad de sustancias psicoactivas que consumen habitualmente, destacando con un asterisco la de preferencia. Seguido esto, se describe de manera breve los aspectos más relevantes del proceso de intervención con cada una de las adolescentes acompañado de una ilustración que detalla la evolución de la EEAG durante el desarrollo de las sesiones. Por último, se presenta una visión comparativa entre los procesos de evolución de las tres adolescentes.

Tabla 1. Características principales de la muestra.

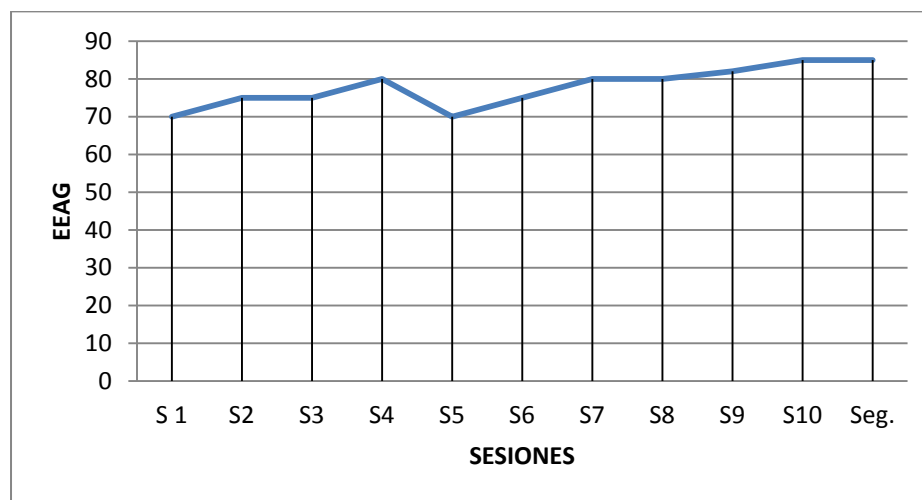
Nombre	Edad	G.	E. C.	Esc.	Delito	Medida Legal	T. en la Fundación	DX	C. de SPA *Pref.
Kate (Sujeto 1)	17	F	soltera	Octavo	Ley 30	Privación de la libertad	8 meses	Conducta antisocial en la adolescencia. T. por abuso de SPA	Cannabis*, Licor.
Daya (Sujeto 2)	17	F	soltera	Sexto	Secuestro Simple	Privación de la libertad	2 años	Conducta antisocial en la adolescencia. T. por abuso de SPA	Pegante, cannabis*, benzodiazepinas, pasta de cocaína, Licor.
Saidy (Sujeto 3)	17	F	soltera	Séptimo	Secuestro Simple	Privación de la libertad	2 años	T. Disocial de inicio infantil (grave). T. por abuso de SPA	Pegante, cannabis*, benzodiazepinas, pasta de cocaína, Licor.

Existen características que comparten las tres adolescentes que componen la muestra, todas tienen 17 años, son solteras, se encuentran cumpliendo la sanción legal de privación de la libertad y expresan que la sustancia psicoactiva de preferencia es el cannabis. En cuanto al nivel escolar, todas se encuentran en bachillerato, pero el sujeto 1 se encuentra en octavo grado, el 2 en sexto y el 3 en séptimo. En relación al delito y al tiempo que han permanecido en la fundación, el S1 está en la fundación por expendio de estupefacientes cumpliendo 8 meses, y las otras dos están por secuestro simple, llevando dos años de sanción (coautoras). Con respecto al diagnóstico, los S1 y S2 presentan Conducta Antisocial en la Adolescencia en conjunto con el Trastorno por abuso de SPA (TAS) - en entorno controlado, y el S3 presenta el Trastorno Disocial de inicio infantil (grave) también con presencia de TAS – en entorno controlado. Por último, a pesar de que todas evidencian antecedente de policonsumo, los S2 y S3 presentan un mayor número de tipos de SPA como lo son el pegante, cannabis, benzodiazepinas, pasta de cocaína y licor, en comparación con el S3 que consume dos sustancias, cannabis y licor.

Sujeto 1 “Kate”

Adolescente de 17 años, procedente de Barbosa, Santander, soltera sin hijos, con grado de escolaridad hasta octavo grado, se encuentra privada de la libertad por el delito de expendio de estupefacientes.

Durante las primeras dos sesiones se realizó la evaluación psicológica, utilizando para ello la entrevista, la observación conductual y un autorregistro (Ver Anexo 5). La adolescente presentó una actitud colaboradora durante este periodo. En la tercera sesión se le explica las generalidades del modelo cognitivo-conductual y se le enseña a dar una mirada desde esta perspectiva a sus problemáticas personales identificadas durante la evaluación. En la cuarta sesión se utiliza el diálogo socrático para reestructurar ideas que potencian reacciones violentas. Kate, logra comprender la incidencia que tienen las cogniciones rígidas sobre las conductas disruptivas. En la quinta sesión se continúa con el análisis y cuestionamiento del carácter irracional de algunas ideas que potencian conductas agresivas, tomando como ejemplo una situación ocurrida durante la semana en la cual reaccionó violentamente contra una compañera que la ofendió verbalmente, además, se le entrena en la utilización de autoinstrucciones y autodiálogo, y en estrategias de solución de problemas. En la siguiente sesión (sexta) se refuerza el entrenamiento iniciado en la sesión anterior, y se retroalimenta a la joven en relación a los avances y dificultades durante el proceso hasta el momento. En la séptima y octava sesión se reestructuran ideas irracionales que potencian en ella sentimientos de culpa en relación a la muerte de su hermano y miedo a perder un ser querido, y se promueve la resignificación de ese hecho doloroso con la ayuda de elementos narrativos. En la novena sesión se interviene psicoeducativamente a la joven en relación al consumo de SPA y la prevención de recaídas. En la décima sesión se ejecuta una retroalimentación acerca del proceso terapéutico y se evalúa los avances, dificultades y otros aspectos generales del proceso terapéutico. Finalmente un mes después, se realiza un seguimiento a la adolescente quien evidencia estabilidad en las mejorías. Además, como novedad, expresa que es elegida como líder mediadora para la solución de conflictos en la unidad, junto con otras dos residentes. (Véase Gráfica 7.)

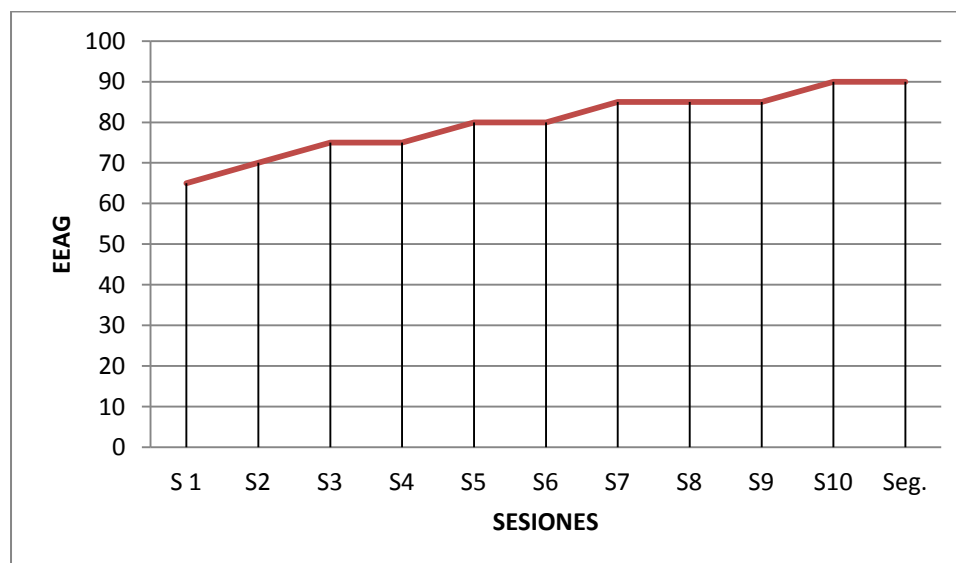


Gráfica 7. Evolución del EEAG del proceso de intervención con el sujeto 1.

Sujeto 2 “Daya”

Adolescente de 17 años, procedente de Bucaramanga, Santander, soltera sin hijos, con grado de escolaridad hasta sexto grado, se encuentra privada de la libertad por el delito de secuestro simple.

En las primeras dos sesiones se ejecutó la evaluación psicológica, por medio de la entrevista, la observación conductual y un autorregistro (Ver Anexo 5). Daya evidenció una actitud receptiva y abierta durante este periodo. En la tercera sesión se le explica las generalidades del modelo cognitivo-conductual y se le enseña a dar una mirada desde esta perspectiva a sus problemáticas personales identificadas durante la evaluación. Se le brindan algunos ejemplos acerca de la triada cognitiva y logra generar otros más relacionados con sus propias vivencias, además se le asigna un autorregistro. En la cuarta sesión se empiezan a reestructurar ideas irracionales asociadas al autoderrotismo, y a la percepción de rechazo y abandono. Además, se le entrena en la utilización de autoinstrucciones y autodiálogo. La joven comienza a cambiar algunas posturas rígidas que promovían malestar emocional. Durante la quinta sesión se continúa la reestructuración cognitiva teniendo como base los datos consignados en su autorregistro semanal. A partir de la sexta y séptima sesión se realiza un entrenamiento en habilidades sociales asociadas a la expresión adecuada de sentimientos, y a dar y recibir críticas. En la octava y novena sesión se realiza psicoeducación acerca de la problemática de consumo de SPA y se abordan estrategias para la prevención de recaídas. En la décima sesión se realiza una retroalimentación acerca del proceso terapéutico y se evalúa los avances, dificultades y otros aspectos generales del proceso terapéutico. Finalmente, se ejecuta una sesión de seguimiento en la cual se encuentra a la paciente estable y sin presencia de sintomatología inicial. Además, al igual que el sujeto 1 se encuentra ejerciendo el rol de líder mediadora en su unidad. (Véase Gráfica 8.)

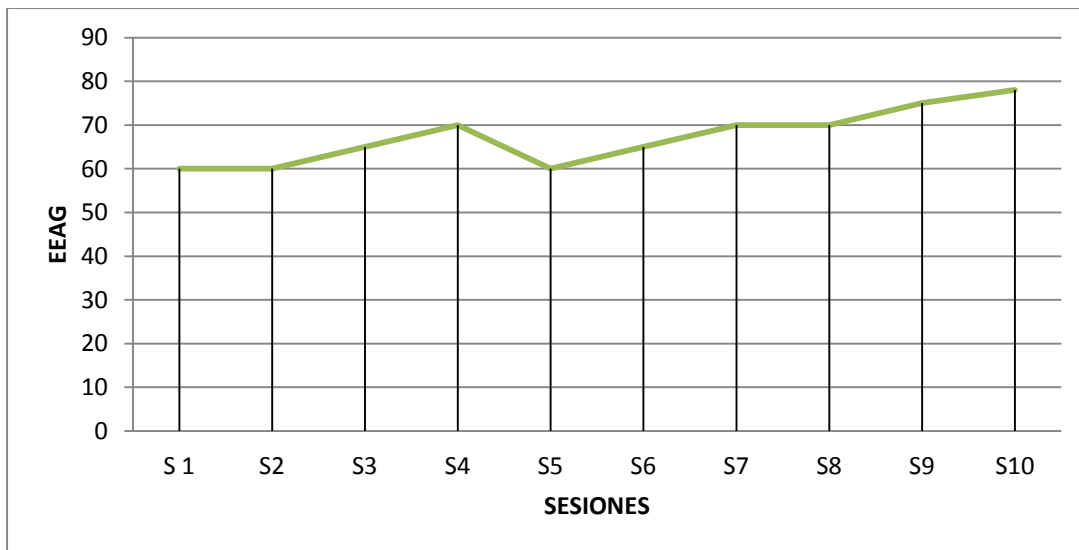


Gráfica 8. Evolución del EEAG del proceso de intervención con el sujeto 2.

Sujeto 3 “Saidy”

Adolescente de 17 años, procedente de Bucaramanga, Santander, soltera sin hijos, con grado de escolaridad hasta séptimo grado, se encuentra privada de la libertad por el delito de secuestro simple.

Durante las dos primeras sesiones de evaluación psicológica, en donde se realizó una entrevista, una observación conductual y el desarrollo un autorregistro, Saidy mostró receptividad y apertura, permitiendo la recolección de datos relevantes para el proceso. En la tercera sesión se abordan las generalidades del modelo cognitivo-conductual y se le enseña a dar una mirada desde esta perspectiva a sus problemáticas personales identificadas durante la evaluación. En la cuarta sesión se empiezan a reestructurar ideas irracionales que promueven soluciones violentas (daños en la planta física, motines, agresiones y autoagresiones) a los conflictos intrapersonales e interpersonales. La joven logra empezar a flexibilizar su postura rígida frente a diversas situaciones. En la quinta sesión se indaga acerca de la recaída de consumo de SPA que presentó y se continúa con la reestructuración cognitiva utilizando como base dicha situación y otros ejemplos reales de la paciente, además, se le empieza a entrenar en la utilización de autoinstrucciones y autodiálogo. En la sexta y séptima sesión se continúa con el entrenamiento iniciado la sesión anterior y se trabajan estrategias de solución de problemas (identificar un problema, generar alternativas de solución, analizar cada alternativa con sus ventajas/desventajas, elegir la alternativa más conveniente). En la octava y novena sesión se realiza psicoeducación acerca de la problemática de consumo de SPA y se abordan estrategias para la prevención de recaídas (aprender a anticipar situaciones de riesgo a través de la estrategia de advertencia temprana, y a identificar sistemas de apoyo). En la décima sesión se realiza una retroalimentación acerca del proceso terapéutico y se evalúa los avances, dificultades y otros aspectos generales del proceso terapéutico. Por último, se desarrolla una sesión de seguimiento en donde se identifica una mejoría en relación al empoderamiento asociado a su vinculación en el equipo de líderes mediadoras junto con Kate y Daya. (Véase Gráfica 9.)

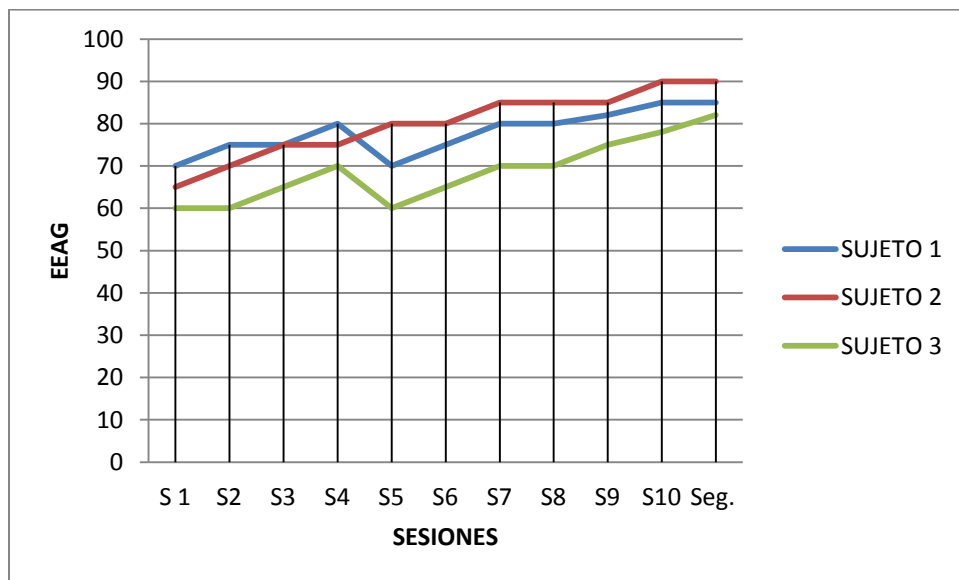


Gráfica 9. Evolución del EEAG del proceso de intervención con el sujeto 3.

Integración de los procesos de intervención: sujetos 1, 2 y 3

De forma general, las tres pacientes logran tener mejoría en los síntomas teniendo en cuenta su puntaje inicial y final en la Escala de Evaluación de la Actividad Global, en donde se presenta un promedio de aumento de 19, 3 puntos. Sin embargo, existen ciertas diferencias a partir de detalles como: El sujeto 1 parte de una puntuación de 70 y alcanza a llegar hasta 85 (aumenta 15 puntos), el sujeto 2 inicia el proceso con 65 y llega hasta 90 (aumenta 25 puntos) y el sujeto 3 empieza con 60 y culmina con 82 (22 puntos). De esta manera, a pesar de que los sujetos 2 y 3 comienzan con las puntuaciones más bajas (65 y 60) alcanzan a tener un mayor aumento del puntaje, en cambio, el sujeto 1, inicia en un nivel un poco más elevado pero su aumento en relación a la puntuación es más moderado. En cuanto a la sesión de seguimiento que se realizó con la tres adolescentes, se logra establecer que tanto el sujeto 1 como el 2, logran mantenerse estables con ausencia de la sintomatología inicial, y el sujeto 3 logra tener una mejoría de 4 puntos en su EEAG.

Finalmente, tanto el sujeto 1 como el 2 presentan un declive en su EEAG entre la cuarta y quinta sesión. El primero tuvo que ver con un intento de agresión y el segundo con una recaída de consumo de benzodiazepinas acompañado de conductas violentas. A pesar de la cercanía en el tiempo, las situaciones se presentaron de manera aislada y en ausencia de relación una de la otra. No obstante, estas dos pacientes logran presentar después de la sexta sesión un mejoramiento progresivo en la escala de evaluación. (Véase Gráfica 10.)



Gráfica 10. Integración de la evolución del EEAG en los procesos de intervención

DISCUSIÓN

A partir de los resultados del proceso de práctica, se estableció que la mayor parte de la población atendida pertenece al género masculino con un 88% (36 casos) y el grupo restante es de género femenino con el 12 % (5 casos), teniendo en cuenta que en la fundación existen alrededor de 183 hombres y 17 mujeres residentes. Este dato deja entrever que existen diferencias significativas con respecto a la conducta delictiva en relación al género. En un estudio con jóvenes infractores, Sanabria & Uribe (2007) concluyen que los hombres presentan mayor participación dentro del porcentaje total de los actos delictivos en proporción con las mujeres.

El comportamiento antisocial y delictivo en la adolescencia tiene una gran relación con el consumo de sustancias psicoactivas. De acuerdo con los resultados, se encontró que todos los adolescentes consumen habitualmente al menos una sustancia psicoactiva y el 98% son abusadores y policonsumidores (uso de más de una SPA simultáneamente). De manera más detallada se halló que el 10% consume generalmente seis clases de SPA, el 27% cinco, el 37% cuatro, el 24% dos y tan solo el 2% una sustancia. Según el Estudio Nacional Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley, “se ha detectado que en muchas ocasiones el consumo de drogas precede o acompaña la comisión de actos delictivos entre adolescentes, y que factores de riesgo para el abuso de drogas han sido reconocidos también como factores causales de delitos en este segmento de la población”. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009, p.15)

Por otra parte, otro aspecto asociado al consumo de drogas observado en la población atendida, es que el alcohol es consumido habitualmente por la totalidad de los adolescentes atendidos y la sustancia ilícita de preferencia es el cannabis abarcando el 61% de los casos. En el 2009, el ICBF y la DNA, afirman que existe una reducida percepción de riesgo en adolescentes infractores de ley, para el consumo de alcohol y marihuana, lo cual explica parcialmente la elevada utilización de estas SPA, que con el tiempo se convierten en facilitadoras para el consumo de otras.

Ahora bien, el 59% (24 casos) de los adolescentes atendidos están sancionados por el delito de Hurto Agravado y Calificado. De manera similar en una investigación sobre delincuencia juvenil en la ciudad de Cali, Sanabria & Uribe (2007) encuentran que el hurto fue la principal conducta delictiva de los menores de edad, hallándose en el 47.1% de los casos. Esto devela que este delito es bastante común entre los adolescentes infractores

Los diagnósticos establecidos a la mayor parte de ellos (78%) fueron, el Trastorno Disocial (TD) de inicio infantil - moderado, el TD de inicio en la adolescencia - moderado y la Conducta antisocial en la adolescencia, todos en conjunto con el Trastorno por Abuso de sustancias psicoactivas en entorno controlado. Es clara la relación que existe entre estos tipos de trastornos de la conducta con el consumo de sustancias psicoactivas, y el inicio y evolución de la delincuencia, lo cual agrava el impacto negativo que tienen a nivel multidireccional (personal, familiar, social y legal). Según Javaloyes & Redondo (2005), la afectación que causan los trastornos de conducta como el tipo disocial, en relación a la

calidad de vida de los adolescentes, familiares y los recursos necesarios, es bastante significativa, además, del coste en recursos de salud, sociales y de educación.

El hecho de generar intervenciones efectivas a esta problemática de comportamiento perturbador no solo favorece las necesidades inmediatas de tratamiento, sino que también, contribuye a prevenir un agravamiento de la sintomatología y una posterior configuración de un trastorno de la personalidad. Tras una revisión de estudios longitudinales, Agüero (1998), concluye que hay una continuidad de los Trastornos de conducta en la infancia hacia la edad adulta en forma de Trastorno antisocial de personalidad, en proporciones que oscilan entre el 33% y el 45 % en poblaciones de varones, y en menores proporciones en mujeres que se encuentran entre el 11 % y el 30 %.

Ahora bien, para al abordaje psicoterapéutico realizado con la muestra de 3 adolescentes de género femenino, se utilizó el enfoque cognitivo-conductual. El planteamiento principal del modelo cognitivo-conductual es que los niños y adolescentes antisociales piensan de manera distorsionada y desadaptativa en relación a las interacciones sociales, aumentando la probabilidad de que escojan comportarse agresivamente, y reduciendo la posibilidad de que experimenten remordimiento o duda (Rubin & Krasnor, 1986, citado por Lyddon & Jones, 2002). Teniendo en cuenta el anterior planteamiento, las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas durante los procesos de intervención clínica fueron, la identificación de ideas irracionales, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en autoinstrucciones y autodiálogo, modelamiento, ensayo conductual, instrucción verbal, retroalimentación. En general, el énfasis estuvo orientado a buscar el cambio de pensamientos distorsionados que potenciaban conductas disruptivas, en fortalecer la capacidad de las jóvenes para solucionar problemas y en aumentar su repertorio de conductas prosociales.

En los resultados, se evidencia que a partir del tratamiento realizado con las jóvenes infractoras de ley, se logran avances importantes con respecto a la reducción de la sintomatología y a la modificación de comportamientos disfuncionales, teniendo en cuenta los puntajes iniciales y finales en las Escalas de Evaluación de la Actividad Global, en donde las tres presentan un promedio de aumento de 19, 3 puntos. De manera más detallada, el Sujeto 1 (S1) con un diagnóstico de Conducta Antisocial en la Adolescencia en conjunto con el Trastorno por Abuso de SPA en entorno controlado, presentando como problemáticas principales la tendencia a actuar agresivamente para solucionar conflictos y el temor a la pérdida de personas significativas, logra adquirir una postura más racional y adaptativa en relación a situaciones que anteriormente potenciaban conductas agresivas; aumenta su capacidad para plantear y ejecutar alternativas proactivas para la solución de problemas; incrementa el repertorio de conductas prosociales; resignifica las ideas que activaban sentimientos de culpa con respecto a la muerte de su hermano; se reduce significativamente su miedo a perder un ser querido asumiendo una posición más realista acerca del vínculo en sus relaciones interpersonales; y adquiere mayores herramientas para prevenir recaídas de consumo de SPA. En general, empieza el proceso con un puntaje de 70 y culmina con 85.

Siguiendo el orden de ideas, el Sujeto 2 (S2) quien presenta un diagnóstico de Conducta Antisocial en la Adolescencia en conjunto con el Trastorno por Abuso de SPA en

entorno controlado, y evidencia como problemas más relevantes sus declives ocasionales en el estado de ánimo acompañados de deseos de autoagresión, asociados a su percepción de rechazo, fortalece estrategias de afrontamiento para prevenir declives bruscos en su estado de ánimo y la ejecución de autoagresiones; adquiere habilidades sociales para la expresión adecuada de inconformidades y de enojo; asume una postura realista y racional en relación al rechazo; y adquiere estrategias para prevenir recaídas de consumo de SPA. En cuanto a su EEAG, inicia tratamiento con 65 puntos y termina con 90. Finalmente, el Sujeto 3 (S3) diagnosticado con Trastorno Disocial de inicio Infantil (grave), y quien presenta como dificultades más representativas su escaso control de impulsos, y su propensión al consumo de SPA, logra fortalecer su capacidad para autorregularse emocionalmente y prevenir conductas violentas;; aumenta su capacidad para solucionar conflictos de manera proactiva; evidencia una mayor capacidad para empatizar con sus semejantes; y posee mayores estrategias para prevenir recaídas de consumo de SPA. Empieza con una puntuación de 60 y culmina con 82.

Por otra parte, la imposibilidad de abordar problemáticas familiares y comunitarias en las tres pacientes, dificulta el poder establecer un pronóstico acerca de la perpetuación de las mejorías alcanzadas durante el proceso terapéutico. El S1 tiene a sus padres y a otros miembros de su familia extensa en condición de privación de la libertad por el delito de expendio de estupefacientes y los demás nodos de su red familiar no realizan acompañamiento en la fundación por el costo de desplazamiento desde el municipio de Barbosa. Los padres del S2 rara vez asisten a la visita institucional debido a su situación precaria a nivel económico y a la problemática de adicción al bazuco que presentan. Por último, los progenitores del S3 se mantienen alejados del proceso de su hija y los abuelos asisten ocasionalmente a los espacios de acompañamiento familiar.

Teniendo en cuenta los antecedentes y situación actual de las tres pacientes, se logra identificar que desde su infancia estuvieron expuestas a ambientes adversos complejos, los cuales no se han modificado, y se constituyen como factores de riesgo para las recaídas de consumo de sustancias y de reingreso a la vida delictiva, cuando egresen de la Fundación. De manera general, el S1, pertenece a una familia con antecedentes de violencia doméstica y que ha estado vinculada desde antes de su nacimiento al negocio de la venta de estupefacientes, habituada al conflicto constante con la ley y en la que en algunas ocasiones ciertos miembros de dicha red han estado cumpliendo sanciones penales, además, el entorno de su hogar presenta alta vulnerabilidad social por el alto índice de delincuencia. Dentro del núcleo familiar del S2, los progenitores presentan adicción al bazuco, recursos económicos insuficientes y su relación ha estado matizada por la violencia de pareja, asimismo, su ambiente comunitario está rodeado de expendios de drogas y pandillas con conflictos. En cuanto a la familia del S3, la madre es consumidora y expendedora de sustancias psicoactivas, y los abuelos que estuvieron más al tanto de su crianza, establecieron un sistema normativo difuso y permisivo, a su vez, el sector de la vivienda está rodeado de sitios que se encargan del “narcomenudeo” y hay presencia de violencia entre bandas delictivas.

Por último es importante resaltar que a pesar de las limitaciones mencionadas anteriormente en relación al abordaje de intervención psicológica individual con enfoque cognitivo-conductual, se lograron grandes mejorías en las pacientes. La posibilidad de

trabajar semanalmente con las adolescentes de la muestra facilitó que se diera un proceso terapéutico ordenado y coherente con el plan de intervención inicial, contrario a lo que sucede en el día a día en la fundación en donde la sobrecarga laboral asociada al número de jóvenes asignados para cada equipo psicosocial (45 en promedio), la realización de informes de seguimiento solicitados por el ICBF y los juzgados, y las actividades satélites, acorta significativamente el tiempo de atención psicológica con los adolescentes. Por tal razón, se propone la consecución de proyectos de práctica clínica con el objetivo de poder generar por un lado, procesos de intervención que ayuden a replantear aspectos generales de las labores del psicólogo en la institución, y por otra parte, que fortalezcan habilidades clínicas en los posibles practicantes, teniendo en cuenta la riqueza conceptual y metodológica que proporciona el trabajo con este nicho poblacional.

REFERENCIAS

- Agüero, A. (1998). El trastorno de conducta en la infancia como precursor del trastorno antisocial del adulto. *Revista electrónica de psiquiatría* 2(4), 1-12.
- American Psychiatric Association (2002). Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador. En *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-IV-TR*. (pp. 97-117) Barcelona: Masson.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. (2ª. ed.) Barcelona: Gedisa.
- Casas, J. & Ceñal, M., (2005). Desarrollo del adolescente - aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* 9 (1), 20-24.
- Chambless, D. & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Contreras, A. & Oblitas, L. (2005). *Terapia cognitivo conductual, teoría y práctica*. (2ª. ed.). Bogotá: Psicom Editores.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente *Revista Cubana de Pediatría* 71(1), 39-42.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar & Dirección Nacional de Estupefacientes, (2009). Estudio Nacional Sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley. Recuperado el 4 de julio en http://odc.dne.gov.co/docs/publicaciones_nacionales/Estudio_Sustancias_Psicoactivas_1_.pdf
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, 2010. Lineamiento Técnico Administrativos para la Atención de Adolescentes en el Sistema de Responsabilidad Penal – SRPA.

Javaloyes, M. & Redondo R., (2005). Trastorno del comportamiento: trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y otros problemas del comportamiento. Recuperado el 4 de julio del 2011, en http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_negativista_disocial.pdf

Lyddon, W. & Jones, J., (2002). Conductas antisociales en niños y adolescentes: expansión del modelo cognitivo. En Hanish, L. & Tolan, P. (Eds.). *Terapias cognitivas con fundamento empírico*. (pp. 169- 185). (1ª. ed.). México D.F.: Manual Moderno

Palacios, J. & Oliva, A., (2002). La adolescencia y su significado evolutivo. En Matus, P., Suarez, M. & Curiel, A. (Eds.). *Desarrollo de la adolescencia y la adultez*. (pp. 433-451). (1ª. ed.). Pachuca: Instituto Hidalguense de Educación.

Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y fundamentación del caso clínico*. (1ª. ed.). Bogotá: Editorial Norma.

Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas, revisión y análisis del estado actual. En Zabaleta, A. (Eds.), *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en la juventud*. (1ª. ed.). (pp. 53 – 92). Lima: CEDRO.

Sanabria, A. & Uribe, A., (2007). Prevalencia de la delincuencia juvenil en Santiago de cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (9), 111-122.

Sparrow, C. (2007). Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4 (1), 57-65.

Vásquez, M., Feria, M., Palacio, L. & De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para el trastorno disocial*. (1ª. ed.). México, D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

.

ANEXO 1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO CLÍNICO 1

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE: “Kate”

EDAD: 17

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 13 – 09 -1994 (Barbosa)

DIRECCIÓN: N.A.

BARRIO: Barbosa

TELÉFONO: 1111111111

GRADO DE ESCOLARIDAD: 8 Bachillerato

OCUPACIÓN: Comerciante

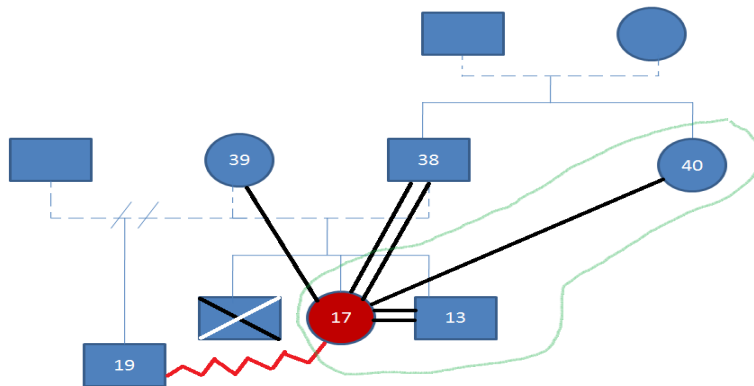
EPS: SOLSALUD

DELITO: Tráfico de Estupefacientes

SANCIÓN: Privación de la libertad por el término de 14 meses

TIEMPO EN LA FUNDACIÓN: 8 meses.

2. FAMILIOGRAMA:



3. MOTIVO DE CONSULTA: “En ocasiones tengo mucho miedo de perder a un ser querido porque pienso en lo horrible que fue perder a mi hermano”. “Quiero manejar la rabia ya que a veces me dejó llevar mucho”.

EXPECTATIVAS:

- Aprender a manejar el miedo a perder a alguien querido.
- Dejar de tener pesadillas en relación a la muerte del hermano.
- Manejar adecuadamente el enojo.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

- **Antecedente de criterios para el trastorno por estrés postraumático:** Kate refiere que hace dos años presencié cómo su hermano mayor se quitaba la vida jugando a la “ruleta rusa” con el revólver de su padre. Actualmente la joven manifiesta que en ocasiones tiene pesadillas asociadas a dicho suceso y en estado de vigilia trae recuerdos que le generan malestar.

- **Miedo a perder a un ser querido:** durante su infancia evidenció abandono parcial de sus padres debido a la privación de la libertad de ellos por el delito de tráfico de estupefacientes. Además, hace dos años presencié la muerte de su hermano mayor. Actualmente la joven refiere que en ocasiones siente miedo.

- **Conductas agresivas:** en la fundación ha tenido varios inconvenientes con sus compañeras que no han llegado a la violencia física. La joven refiere que desde su niñez ha presenciado episodios recurrentes de violencia intrafamiliar entre sus padres. A su vez, en la adolescencia empieza a involucrase en riñas callejeras. Desde que está en la fundación hace aproximadamente 8 meses, ha tenido varios altercados con otras residentes que no han trascendido a violencia física.

Historial de consumo de sustancias psicoactivas: los padres no tienen antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas ilegales ni legales. La joven inicia consumo de alcohol, cigarrillo y cannabis a la edad de 14 años, sin el consentimiento ni conocimiento de sus padres quienes a pesar de ser expendedores tienen un juicio negativo hacia los consumidores. La sustancia de preferencia es la marihuana, la cual consumía todos los días, de una a tres veces al día. Actualmente lleva un periodo de 8 meses sin consumir sustancias por estar en un entorno controlado, sin embargo, se evidencia que tiene alta vulnerabilidad a las recaídas teniendo en cuenta que no concibe el consumo como una problemática.

Tipo de sustancia	Edad de inicio	Frecuencia de consumo	Observaciones
Alcohol	14	1/semana	Abstinencia de 8 meses
Cigarrillo	14	1/semana	Suspende consumo hace 2 años.
Cannabis	14	Diariamente	Abstinencia de 8 meses

5. DESCRIPCIÓN HISTORIA DE VIDA:

Embarazo y parto:

El nacimiento de Kate es esperado por sus padres y es la segunda hija de dicha relación. Antes y durante el embarazo los padres convivían en unión libre, existía buena convivencia; sin embargo, estaban involucrados en el negocio del tráfico de estupefacientes. No hay presencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales por parte de la madre antes y durante el embarazo. No referencia problemas médicos significativos durante el periodo de gestación. Refiere parto por cesárea sin complicaciones.

Infancia:

La joven refiere que durante su infancia presencié violencia intrafamiliar física y psicológica entre sus padres. Sin embargo, este tipo de violencia no era ejercida hacia ella. . En cambio, manifiesta que sus padres eran afectuosos, sobreprotectores, permisivos y le brindaban económicamente lo que ella quería, por ser la única descendiente del género femenino. Por otra parte, fue testigo de varios atentados con arma de fuego contra la vida de su progenitor en el hogar ejecutados por parte de enemigos asociados al negocio de

venta de estupefacientes (bazuco y cannabis) que ha tenido su familia. Dentro de los datos relevantes, expresa que a la edad de 5 años, mientras jugaba con su hermano mayor con un molino, ella le quita el dedo anular por accidente. Sin embargo, manifiesta que este evento no conllevó inconvenientes significativos con su familia y la relación con su hermano no se vio afectada. A la edad de 7 años el padre es capturado y llevado a la cárcel por el delito de Tráfico de Estupefacientes. Un año más tarde, la madre también es sindicada por el mismo delito y se le priva de la libertad. La joven se va a vivir con sus hermanos donde un tío materno en un pueblo de Boyacá. Refiere que dura aproximadamente 4 años viviendo con él bajo un modelo educativo autoritario. Durante este tiempo no refiere dificultades significativas y manifiesta que visitaba ocasionalmente a sus padres en los centros penitenciarios.

Adolescencia:

A la edad de 12 años la joven se va a vivir junto a sus hermanos con una tía paterna quien convivía con su pareja, dos hijos en edades infantiles y su medio hermano por parte del progenitor. Kate refiere que su medio hermano intentó abusar sexualmente de ella en una ocasión, sin embargo, ella impide el coito alertando a sus otros hermanos. A su vez, manifiesta que si tío político la asediaba morbosamente y en ocasiones manoseaba sus piernas y nalgas. Un año más tarde le dan libertad condicional a su progenitora y se devuelve a Barbosa a vivir con ella. Además expresa que su madre retoma el negocio de la venta de estupefacientes y ella colaboraba con el empaque y las entregas. Después de un año, vuelve a ser capturada la madre por el mismo delito y Kate se queda viviendo junto a su hermano mayor y menor. Manifiesta que fue una época difícil a nivel económico porque los tres eran menores de edad y solo tenían el sustento monetario que su padre les mandaba desde la cárcel. Además, solo tenían supervisión ocasional por parte de una tía materna.

En este periodo, inicia el consumo de frecuente de marihuana. Aproximadamente 6 meses más tarde, sale en libertad el padre quien retoma el negocio de tráfico de bazuco junto a la colaboración de sus hijos, vuelven a crecer económicamente y compran una tienda para lavar dinero proveniente de la venta de drogas. En esta época la joven refiere que ayudaba en el negocio, era cómplice ocasionalmente de hurtos, seguía consumiendo cannabis y frecuentaba fiestas todos los fines de semana.

Cuando ella tenía 15 años, el hermano juega a la “ruleta rusa” con el revólver del padre en la casa y se quita la vida en frente de ella. Meses después vuelve a caer preso el progenitor por el mismo delito y ella se queda viviendo con su hermano menor y retorna a vivir con ellos el medio hermano mayor quien se hace cargo del negocio de sustancias. La tienda queda a cargo de Kate y por su inadecuado manejo administrativo, quiebra meses después.

Algunos meses más tarde la policía realiza un allanamiento en el hogar, y capturan al medio hermano quien es llevado a una cárcel de mayores y a ella que entra en el sistema de responsabilidad para adolescentes. Kate es sancionada con la medida de libertad vigilada y reglas de conducta; sin embargo, incumple las normas después de tres meses y es capturada y privada de la libertad en la Fundación Hogares Claret. Actualmente cumple con 8 meses y durante su estadía ha sido señalada por tener varios altercados sin trascender a violencia física con otras jóvenes, e inconvenientes con figuras de autoridad, por el desacato a ciertas

normas, no obstante, se ha mantenido abstinencia de consumo de sustancias psicoactivas sustancias psicoactivas (SPA).

6. CONTEXTO:

Académico-Laboral	Joven que presenta nivel de escolaridad de octavo grado, manifiesta que nunca ha tenido interés por estudiar, sin embargo, sus padres han ejercido presión constante para que culmine su bachillerato. Por otra parte, enuncia que durante su historia escolar ha tenido inconvenientes asociados a la indisciplina y a las evasiones de clase, aunque ha presentado buen rendimiento académico. Además, refiere que antes de tener de ser privada de la libertad, tenía la medida de Libertad Vigilada y Reglas de Conducta, y uno de los compromisos con el Juez era la asistencia a una institución educativa en Barbosa para continuar con su escolaridad, sin embargo, por incumplir la asistencia a clases después de algunos meses fue capturada y enviada a Hogares Claret. La joven manifiesta que no tiene experiencia laboral formal, únicamente se ha dedicado a ayudar en el negocio de venta de estupefacientes que tiene su familia. Actualmente manifiesta que al cumplir la sanción quiere trabajar en mototaxismo.
Familiar	Joven que proviene de una familia desestructurada y disfuncional por separación de sus padres, puesto que ambos en diferentes años fueron reclusos en centros penitenciarios por el delito de Tráfico de estupefacientes, situación por la cual durante su infancia y preadolescencia la joven rota en dos hogares de familia extensa y en la adolescencia queda sin supervisión adulta constante en dos ocasiones por periodos de 8 meses aproximadamente cada una. Su familia está constituida por sus padres (Separados) y un hermano menor. El núcleo familiar tiene antecedentes de violencia intrafamiliar (física y psicológica), microtráfico de estupefacientes y separaciones temporales de los padres en diferentes periodos por estar privados de la libertad. El modelo normativo durante la vivencia con los padres era permisivo.
Pareja-Sexual	A la edad de 12 años cuando se encontraba viviendo con familia extensa, refiere que era asechada por un tío político quien la observaba de manera intimidante y tocaba en ocasiones algunas partes de su cuerpo (piernas y nalgas). Además, expresa que su medio hermano mayor por parte de la madre intento abusar sexualmente de ella, el mismo año, sin embargo, logró evitar el coito y desde ese momento evitaba cualquier espacio en el cual estuvieran solos. Su familia nunca se enteró de estos dos hechos, ya que ella manifiesta que tenía miedo a que su padre atentara contra la vida de ellos. Por otra parte, Kate expresa que empieza su vida sexual a la edad de 14 años y expresa que utiliza preservativo ocasionalmente y el coito interrumpido. No referencia problemas de salud sexual ni trastornos sexuales. Manifiesta haber tenido sólo dos parejas (heterosexuales) afectivas. Con su primer novio duró aproximadamente tres años, refiere que era un primo que era 4 años mayor que ella, se aferró bastante a dicha relación por ser su primer amor. Además, expresa que cuando el padre se entera que ella había iniciado su vida sexual, denuncia a su sobrino por abuso sexual. Esta

	situación fue problemática para la familia, sin embargo, meses más tarde se retira el denuncia al comprobarse los hechos. Manifiesta que después de ese suceso tenían que verse a escondidas y por tal razón, la relación se fue deteriorando poco a poco. Unos meses más tarde de haber terminado dicha unión, Kate inicia una nueva relación con un adulto 14 años mayor que ella. Expresa que se enamoró rápidamente de este hombre. Después de un tiempo de relación ella se entera que él tenía esposa y dos hijos en Bogotá, esta situación la afectó bastante pero decidió continuar a pesar de los hechos. Además, refiere que se interrumpe la relación cuando es capturada. Hasta el momento, no tiene conocimiento de la situación de dicha pareja pero expresa que aún siente amor y en ocasiones lo piensa y extraña.
Condiciones Ambientales	Residencia ubicada en sector vulnerable por presencia de grupos de jóvenes con conflictos de convivencia, actividades delictivas, consumo y micro-tráfico de SPA.

7. DOMINIOS

Emocional-Afectivo	Evidencia dificultades para expresar tristeza y manifestaciones de afecto hacia otros debido a su motivación por guardar su imagen social de líder fuerte. Además tiende a minimizar el impacto de ciertos hechos dolorosos en su historia personal para inhibir emociones negativas. Por otra parte, tiene dificultades para el manejo del enojo y la frustración por su tendencia inmedatista para satisfacer sus necesidades por encima de las de los demás.
Cognitivo-Verbal	Se encuentra ubicada en espacio, tiempo y persona. Evidencia pensamiento formal, capacidad de abstracción y astucia. Muestra dispositivos de percepción, de atención y de memoria sin alteraciones. Muestra un lenguaje estructurado, lógico y fluido. Existe presencia de jerga callejera y marcado uso de palabras soeces dentro de su discurso.
Interacción Social	Se muestra hábil para relacionarse socialmente y con actitud de líder. Tiende a ser dominante en sus relaciones sociales y a buscar admiración, por lo cual, encaja con pares con perfiles sumisos y con escasa autonomía. Refiere que es reconocida y respetada en su pueblo de origen (Barbosa) por el negocio de tráfico de estupefacientes.
Repertorios relacionados con salud enfermedad	No evidencia problemas de salud significativos. Por otra parte, ha presentado conductas sexuales de riesgo, ha tenido parejas sexuales con las cuales no utiliza siempre métodos anticonceptivos. Además, no concibe el consumo de marihuana como un factor de riesgo para la salud física y mental. Por otra parte, ha presentado conductas de riesgo asociadas a la conducción de motocicletas en estado de alicoramiento y bajo los efectos del consumo de cannabis.

8. Análisis funcional

CONDUCTA	ANTECEDENTES	SIST. DE RTAS.	CONSECUENCIAS	CONCLUSIONES
Miedo a perder	- Algunas veces antes	Cognitivo:	Tiende a evitar	Teniendo en cuenta

un ser querido	de dormir. -En ocasiones cuando despierta después de haber soñado con su hermano mayor.	Algo malo le va a pasar a mis familiares.	forzosamente los pensamientos con otras imágenes mentales pero no consigue dejar de rumiar sino hasta después de varios minutos hasta que concilia el sueño. Cuando aparece el malestar durante el día, evita los pensamientos aversivos ocupándose con labores de aseo o charlando con la educadora.	su antecedente de apego ansioso /ambivalente originado a partir del abandono intermitente por la situación legal de sus padres, la joven configura un esquema mental de abandono/perdida a nivel interpersonal. – Cuando presencia la muerte violenta de su hermano mayor, se dispara sintomatología de trastorno por estrés postraumático y empieza a sentir en ocasiones miedo a perder un ser querido. Actualmente, persiste dicho temor que aparece casi siempre antes de acostarse a dormir o en ocasiones cuando sueña con su hermano mayor. La joven emplea estrategias evitativas para regularse emocionalmente.
		Emocional: angustia, tristeza.		
		Conductual: evitar los pensamientos con otras imágenes mentales o hablando con otra persona.		
Conductas agresivas	-Cuando se siente desafiada o humillada (trasfondo de inseguridad en sí misma) -En situaciones cuando se le llama la atención o regaña (desaprobación y desafío moderado a figuras de autoridad)	Cognitivo: “Es terrible ser humillada” “Si me desafían tengo que responder con violencia” “Debo hacerme respetar con agresividad”	Las reacciones violentas le permiten sentir seguridad en sí misma y se siente respetada por sus pares. Esta respuesta refuerza este tipo de conductas.	A partir de influencias biológicas por presencia agresividad en los progenitores y por aprendizaje social con modelos de socialización primaria quienes ejercían violencia intrafamiliar física y psicológica, la joven adquiere y emplea un repertorio de conductas violentas para solucionar conflictos y disminuir sentimientos de inseguridad.
		Emocional: enojo, irritación.		
		Conductual: violencia verbal y/o física.		

9. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Adolescente de 17 años, presenta conducta antisocial asociada a su vinculación con actividades delictivas (microtráfico de SPA) y al ejercicio de la violencia para solucionar conflictos interpersonales, influida por factores hereditarios y aprendizaje vicario al interior de la familia, y mantenida a partir de mecanismos de presión familiar, y de su búsqueda de reconocimiento social y reducción de sentimientos de inseguridad. Además, evidencia en ocasiones temor de perder un ser querido, relacionado con su antecedente de abandono intermitente por parte de sus padres y a una situación traumática hace dos años, en la cual fue testigo de la muerte violenta de su hermano.

	Fecha: 20/3/2012	Fecha: 27/03/2012	Fecha: 04/04/2012	Fecha: 11/03/2012	Fecha: 18/04/2012
Eje 1	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis). Trastorno disocial, de inicio infantil. Antecedente de criterios para el trastorno por estrés postraumático.	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis). Trastorno disocial, de inicio infantil. Antecedente de criterios para el trastorno por estrés postraumático. Antecedente de abuso sexual.	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis). Trastorno disocial, de inicio infantil. Antecedente de criterios para el trastorno por estrés postraumático. Antecedente de abuso sexual.	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).
Eje 2	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 3	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 4	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.
Eje 5	70	75	75	80	70

	Fecha: 02/05/2012	Fecha: 15/05/2012	Fecha: 25/05/2012	Fecha: 08/06/2012	Fecha: 16/06/2012
Eje 1	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).	Conducta Antisocial en la adolescencia. Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (cannabis - en entorno controlado).
Eje 2	NA	NA	NA	NA	NA

Eje 3	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 4	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.	Privación libertad, conflicto con la ley, progenitores con medida de privación de la libertad.
Eje 5	75	80	80	82	85

Nota: el 16 de julio, un mes después de la décima sesión, se realizó un seguimiento en el cual se identifica que la paciente se mantiene estable en relación a los avances conseguidos en el proceso terapéutico, por lo cual continua con un EEAG de 85.

10. Objetivos terapéuticos:

- Aumentar la capacidad de la joven para identificar y analizar aspectos relevantes de sus problemáticas teniendo en cuenta el modelo cognitivo de psicoterapia.
- Fortalecer el pensamiento divergente y racional para la solución de problemas.
- Incrementar el repertorio de conductas prosociales en la joven.
- Resignificar evento doloroso asociado al fallecimiento de su hermano.
- Disminuir en la joven la probabilidad de presentar recaídas de consumo de sustancias psicoactivas.

11. Plan de intervención:

- Psicoeducar a la joven en relación al modelo cognitivo.
- Fortalecer la capacidad de la joven para identificar pensamientos disparadores de conductas violentas y de generar un autodiálogo interno con argumentos racionales para manejarlos.
- Entrenar a la joven con respecto a la utilización de estrategias cognitivas y conductuales para la solución de problemas.
- Reestructurar ideas irracionales precursoras de sentimientos de culpa en relación a la muerte de su hermano y de miedo a perder a un ser querido.
- Utilizar elementos de la terapia narrativa para resignificar elementos dolorosos asociados a la muerte de su hermano.
- Psicoeducar a la joven en relación a su problemática de consumo de sustancias psicoactivas.
- Entrenar a la joven en estrategias cognitivas para la prevención de recaídas de consumo de sustancias psicoactivas.

12. Conclusiones

LOGROS	DIFICULTADES
Adquiere una postura más racional y adaptativa en relación a situaciones que anteriormente potenciaban conductas agresivas. Aumenta su capacidad para plantear y ejecutar alternativas proactivas para la solución de problemas.	Entre la cuarta y quinta sesión reacciona violentamente contra una compañera que la ofende verbalmente. El contexto familiar y comunitario puede facilitar recaídas de consumo de SPA, y su retorno a la realización de actividades ilícitas,

Incrementa el repertorio de conductas prosociales. Resignifica las ideas que activaban sentimientos de culpa con respecto a la muerte de su hermano. Se reduce significativamente su miedo a perder un ser querido asumiendo una posición más realista acerca del vínculo en sus relaciones interpersonales. Adquiere mayores herramientas para prevenir recaídas de consumo de SPA.	cuando se dé su egreso de la institución.
--	--

ANEXO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO CLÍNICO 2

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE: “Daya”

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 14/02/1995

BARRIO: Invasión “Villas de Giradot

GRADO DE ESCOLARIDAD: Sexto

EPS: SISBEN

SANCIÓN: Privación de la libertad por el término de 4 años.

TIEMPO EN LA FUNDACIÓN: 2 años

EDAD: 17

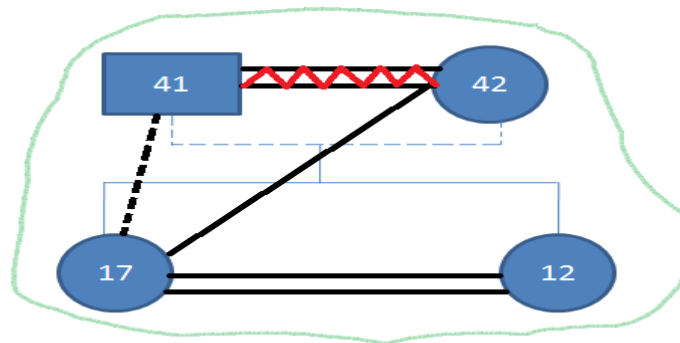
DIRECCIÓN: N.A.

TELÉFONO: 1111111111

OCUPACIÓN: Estudiante

DELITO: Secuestro Simple

2. FAMILIOGRAMA:



3. MOTIVO DE CONSULTA: “A veces siento que me sacrifico mucho por los demás y los pongo por encima de mí”. “Siento que quiero más a mis allegados así no me traten bien que a mí misma y espero mucho de ellos y me decepcionan”.

EXPECTATIVAS:

- Aprender a quererse más.
- No dejarse afectar tanto por las decepciones asociadas a sus expectativas con los demás.
- Ser más fuerte y resistente ante los problemas.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Cambios en el estado de ánimo: La joven refiere que desde su infancia ha presentado cambios del estado de ánimo asociados a su situación familiar (abandono parcial, padres consumidores de sustancias psicoactivas, situación económica precaria). Además, refiere que en su preadolescencia tuvo un episodio de desesperanza en el cual golpeaba repetidamente una pared con su cabeza, sin embargo, se detiene después de unos minutos y se estabiliza moderadamente. Durante su estadía en la fundación ha tenido tres episodios de conductas autolíticas (cortadas con objeto cortopunzante en su antebrazo) y tuvo una problemática adaptativa con estado de ánimo depresivo en los primeros meses de reclusión asociados a dificultades de adaptación a su situación legal y al escaso acompañamiento por

parte de sus progenitores. Actualmente presenta en ocasiones irregularidades en su estado de ánimo y deseos de cortarse cuando se presentan situaciones que evocan el distanciamiento de sus padres en su proceso terapéutico, cuando piensa en la situación de su hermana menor (preocupación por su bienestar), cuando percibe rechazo por parte de su expareja afectiva y cuando ocurren eventos que activan su idea de que ella ofrece más afectivamente de lo que recibe.

Historial de consumo de sustancias psicoactivas: Daya inicia consumo de sustancias psicoactivas a los 9 años de edad, cuando empieza a socializar con adolescentes consumidores de su barrio, refiere que lo hace para encajar socialmente y por curiosidad. Empieza con el cannabis y un año más tarde inicia consumo de pegante. Posteriormente, estando bajo efectos del pegante, prueba el rivotril y adquiere gusto por esta sustancia. A los 12 años comienza a consumir alcohol acompañado de pasta de coca (perico). Daya refiere que las sustancias de preferencia son la marihuana y el pegante ya que según ella, la relajaban y le hacían olvidar sus problemas personales y familiares. Actualmente lleva 2 años sin consumir sustancias psicoactivas debido a que se encuentra en un entorno controlado, sin embargo se evidencia vulnerabilidad a las recaídas teniendo en cuenta sus antecedentes, el consumo actual de sus padres y el entorno donde se encuentra su vivienda que tiene alto riesgo social por presencia de expendios de drogas.

Tipo de sustancia	Edad de inicio	Frecuencia de consumo	Observaciones
Cannabis	9	Diariamente	Abstinencia de 2 años
Pegante	10	Diariamente	Abstinencia de 2 años
Rivotril (pepas)	11	1/semana	Abstinencia de 2 años
Pasta de coca (perico)	12	1/semana	Abstinencia de 2 años
Alcohol	12	1/semana	Abstinencia de 2 años

5. DESCRIPCIÓN HISTORIA DE VIDA

Embarazo y parto:

Hija de madre consumidora de bazuco, sin embargo, se desconoce si existió suspensión de consumo durante el embarazo. Durante el periodo de preñez la madre fue víctima de violencia física y psicológica por parte de su pareja. Refiere parto natural, pero desconoce presencia de complicaciones.

Infancia:

La joven refiere que durante su infancia presencié violencia intrafamiliar física y psicológica entre sus padres asociada a episodios de infidelidad entre ellos y a los efectos del consumo de bazuco. A su vez, ella fue víctima de violencia doméstica ejercida por los dos progenitores (física y psicológica), además de episodios de abandono parcial debido a la problemática de consumo de sustancias psicoactivas de sus padres. Además, expresa que su familia tuvo periodos difíciles a nivel económico debido a que sus padres nunca han tenido un trabajo estable, y desempeñaban labores como el reciclaje y la venta ambulante

de libros para conseguir ingresos. Inicia consumo de sustancias psicoactivas a la edad de 9 años y vinculación con jóvenes que evidenciaban conductas delincuenciales.

Adolescencia:

La joven refiere que la frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas se incrementa en su preadolescencia, además, sigue vinculada a grupos de jóvenes con conductas delincuenciales, aunque expresa que nunca participó de actos delictivos como la venta de estupefacientes o la ejecución de hurtos por miedo a tener inconvenientes con sus progenitores. Por otra parte, empieza a prostituirse ocasionalmente para conseguir dinero para el consumo de drogas. A la edad de 14 años, es cómplice de un secuestro simple a un bebé de 2 años en compañía de dos jóvenes más. Manifiesta que ejecutó dicha acción porque fue convencida por uno de ellos por la cifra económica que le ofrecían ya que tenía entre sus planes invertir en el arreglo del cambuche donde convivía con sus padres.

A partir de su captura fue recluida en la Fundación Hogares Claret y fue privada por el término de 4 años en abril del 2010. Actualmente cumple con 2 años de su sanción. Durante los primeros meses de estadía en la institución la joven presentaba constantes declives en el estado de ánimo asociados a dificultades para adaptarse al lugar, al abandono parcial y escaso acompañamiento por parte de los progenitores por la problemática de consumo de sustancias psicoactivas y a la percepción de injusticia en relación a la sanción legal debido a la escasa aceptación del delito. En dicho periodo la joven presentó conductas autolíticas en dos ocasiones (cortadas en los antebrazos con objetos cortopunzantes), sin embargo la joven es retomada por el equipo interdisciplinar y después de 4 meses, mejoró considerablemente en relación a sus desequilibrios emocionales. Después de dicha situación Daya empezó a mostrar conductas adaptativas en relación a su estadía en la Fundación y ha estado al margen de situaciones graves de riesgo y de consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, en diciembre de 2011, presenta una conducta autolítica (cortada en el antebrazo) tras culminar su relación sentimental con un joven de la institución, además, en ocasiones evidencia declives emocionales porque piensa que ofrece más a los demás de lo que recibe y su situación familiar en relación al consumo de drogas por parte de sus padres le afectan.

6. CONTEXTO:

Académico-Laboral	Antes de ingresar a la fundación, la joven se encontraba desescolarizada desde hace aproximadamente 6 años. Refiere haber cursado hasta segundo primaria en una escuela de su barrio, pero deserte debido a problemas familiares (violencia intrafamiliar, negligencia y consumo de drogas por parte de los padres), y al inicio de consumo de sustancias psicoactivas a la edad de 9 años. Al ingreso a Hogares Claret hace 2 años es vinculada nuevamente a la escolaridad. Actualmente se encuentra en sexto y durante su vivencia institucional ha mostrado buen rendimiento académico y disciplinario, además evidencia gran interés por aprender según lo reportan sus informes escolares. No refiere experiencia laboral formal, sin embargo, manifiesta antes de ser recluida ejercía ocasionalmente la prostitución para conseguir dinero para el consumo de sustancias psicoactivas y las fiestas con sus amigos.
Familiar	Procede de una familia nuclear. Se evidencian normas flexibles y límites

	confusos. A nivel familiar se evidencian altos factores de vulnerabilidad teniendo en cuenta las dificultades de organización familiar en donde no se cuenta con adecuados modelos de identificación, ya que sus progenitores son consumidores activos de sustancias psicoactivas con preferencia de marihuana y basuco. Existe antecedente marcado de violencia intrafamiliar (física y psicológica) y periodos de abandono parcial a los hijos debido a la problemática de consumo de drogas de los padres. Actualmente la joven cuenta con escaso acompañamiento a las visitas dominicales, sin embargo se le garantiza contacto telefónico semanalmente. Refiere que su figura más importante a nivel afectivo es su hermana menor quien la motiva a llevar cada día un mejor proceso en la Fundación.
Pareja-Sexual	Refiere que inicia vida sexual desde los 12 años, utilizando preservativo en ocasiones. Manifiesta no haber tenido pareja afectiva estable, pero sí múltiples parejas sexuales. También, desde los 12 años empieza a prostituirse ocasionalmente para conseguir dinero para el consumo de sustancias psicoactivas
Condiciones Ambientales	Residencia ubicada en sector vulnerable por presencia de grupos de jóvenes con conflictos de convivencia, actividades delictivas, consumo y micro-tráfico de SPA.

7. DOMINIOS

Emocional-Afectivo	Evidencia dificultades para manejar adecuadamente el enojo ya que tiende a dirigirlo hacia ella misma. Además, muestra dificultades para expresar afecto hacia sus padres, sin embargo, se muestra afectiva y cariñosa con su hermana menor a quien como la figura más importante de su red familiar. Tiene antecedente de problemática adaptativa con estado de ánimo depresivo, acompañada de conductas autolíticas durante los primeros meses de estadía en la fundación. Actualmente tiende a decaer emocionalmente (de forma moderada) y a tener deseos de ejecutar conductas autolíticas cuando aparecen cogniciones asociadas a la percepción de abandono y rechazo por parte de sus padres y expareja; a la situación de su hermana menor (preocupación por su bienestar); y cuando piensa que ofrece afectivamente más de lo que recibe.
Cognitivo-Verbal	Se encuentra ubicada en espacio, tiempo y persona. Evidencia predominancia de pensamiento concreto. Muestra dispositivos de percepción, de atención y de memoria sin alteraciones. Muestra un lenguaje estructurado, lógico y fluido. Existe presencia de jerga callejera en su discurso.
Interacción Social	No evidencia dificultades para entablar relaciones con pares y adultos. Sin embargo, tiende a ser tímida y reservada en un principio. Muestra un nivel de autonomía fortalecido ya que durante sus primeros meses en la fundación era vulnerable a la presión de grupo.
Repertorios relacionados con salud	No evidencia problemas de salud significativos. Por otra parte, ha presentado conductas sexuales de riesgo,

enfermedad	asociadas al ejercicio de la prostitución, sin embargo, según reportes médicos no presenta enfermedades de transmisión sexual.
-------------------	--

8. ANALISIS FUNCIONAL

CONDUCTA	ANTECEDENTES	SIST. DE RTAS.	CONSECUENCIAS	CONCLUSIONES
Declives del estado de ánimo acompañados de ideas de autolesión.	Situaciones familiares y con su expareja afectiva en las cuales perciba rechazo hacia ella. Situaciones en las que ella percibe que ofrece afectivamente más de lo que recibe	Cognitivo: “Doy más de lo que recibo”, “la gente me desilusiona” “cortarme me puede aliviar” Emocional: Tristeza Desesperanza Conductual: llanto, hablar con alguna compañera, evitar pensamientos aversivos.	Después de llorar por algunos minutos la joven tiende a evitar ideas de autolesiones hablando con otra persona y pensando en que ese acto puede ocasionarle problemas a su situación legal.	A partir de su antecedente de apego ansioso /ambivalente originado a partir del abandono parcial de sus progenitores, la joven configura esquemas mentales de abandono/perdida y desconexión y rechazo a nivel interpersonal. El ambiente familiar de matizado con el maltrato físico, psicológico y la negligencia parcial se constituye como un factor incidente en los declives en el estado de ánimo de la joven.

9. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Adolescente de 17 años, con antecedente de conducta antisocial relacionada con la ejecución de un secuestro simple hace dos años, además, presenta declives ocasionales en el estado de ánimo acompañados de deseos de ejecutar conductas autolíticas para reducir tensión emocional, disparados a partir de cogniciones autoderrotistas en algunas situaciones en las cuales percibe rechazo.

	Fecha: 20/3/2012	Fecha: 27/03/2012	Fecha: 04/03/2012	Fecha: 04/03/2012	Fecha: 04/03/2012
Eje 1	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)
Eje 2	NA	NA	NA	NA	NA
Eje	NA	NA	NA	NA	NA

3					
Eje 4	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.
Eje 5	65	70	75	75	80

	Fecha: 02/05/2012	Fecha: 15/05/2012	Fecha: 25/05/2012	Fecha: 08/06/2012	Fecha: 22/06/2012
Eje 1	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)	Comportamiento antisocial en la adolescencia. Antecedente de trastorno abuso de sustancias (cannabis e inhalantes)
Eje 2	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 3	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 4	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.	Privación libertad, conflicto con la ley, abandono parcial por parte de los progenitores.
Eje 5	80	85	85	85	90

Nota: el 16 de julio, un mes después de la décima sesión se ejecutó un seguimiento en el cual, se evidenció en la joven estabilidad en relación a las mejorías, continuando con un EEAG de 90.

10. Objetivos terapéuticos

- Aumentar la capacidad de la joven para identificar y analizar aspectos relevantes de sus problemáticas teniendo en cuenta el modelo cognitivo de psicoterapia.
- Fortalecer estrategias de afrontamiento para prevenir declives bruscos en su estado de ánimo y conductas autolíticas.
- Fortalecer habilidades sociales asociadas a la expresión de sentimientos.
- Disminuir en la joven la probabilidad de presentar recaídas de consumo de sustancias psicoactivas.

11. Plan de intervención:

- Psicoeducar a la joven en relación al modelo cognitivo.
- Fortalecer la capacidad del joven para identificar pensamientos disparadores de decaimiento anímico y conductas autolíticas, y de generar un autodiálogo interno con argumentos racionales para manejarlos.

- Reestructurar ideas irracionales asociadas al autoderrotismo, y a la percepción de rechazo y abandono.
- Entrenar a la joven en habilidades sociales relacionadas con la expresión adecuada de sentimientos.
- Psicoeducar a la joven en relación a su problemática de consumo de sustancias psicoactivas.
- Entrenar a la joven en estrategias cognitivas para la prevención de recaídas de consumo de sustancias psicoactivas.

12. Conclusiones

LOGROS	DIFICULTADES
Fortalece estrategias de afrontamiento para prevenir declives bruscos en su estado de ánimo y la ejecución de autoagresiones. Adquiere habilidades sociales para la expresión adecuada de inconformidades y de enojo. Asume una postura realista y racional en relación al rechazo. Adquiere estrategias para prevenir recaídas de consumo de SPA.	El contexto familiar y comunitario puede facilitar recaídas de consumo de SPA, cuando culmine su sanción legal.

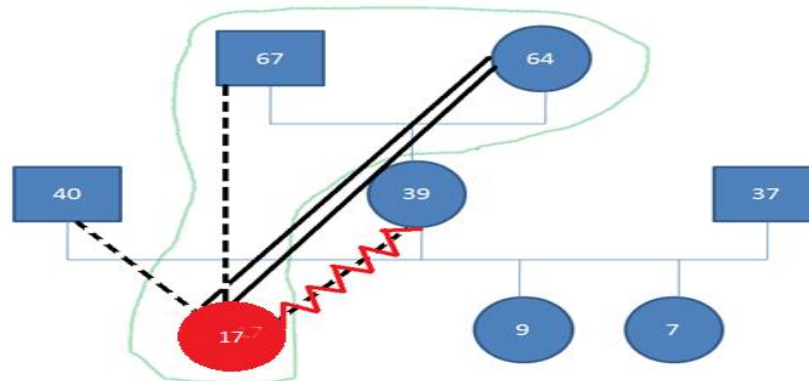
ANEXO 3

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO CLÍNICO 3

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE: “Saidy”**EDAD:** 17**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:** 15 – 08 -1994 (B/manga) **DIRECCIÓN:** N.A.**BARRIO:** Nariño**TELÉFONO:** 88888888**GRADO DE ESCOLARIDAD:** 7 Bachillerato**OCUPACIÓN:** Estudiante**EPS:** SISBEN**DELITO:** Secuestro Simple**SANCIÓN:** Privación de la libertad por el término de 4 años.**TIEMPO EN LA FUNDACIÓN:** 2 años.

2. FAMILIOGRAMA:



3. MOTIVO DE CONSULTA: “Soy muy impulsiva, me dejo llevar mucho por las cosas y a veces no soporto nada y me vuelvo agresiva”.

EXPECTATIVAS:

- Controlar adecuadamente los impulsos agresivos.
- Mejorar el comportamiento para tener la posibilidad de un cambio de medida legal.

4. LISTADO DE CONDUCTAS PROBLEMA. HISTORIA Y ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

Conducta delictiva: Saidy refiere que a la edad de 9 años ayuda a su madre y padrastro a vender basuco. Un año más tarde deja de colaborar en el negocio de la venta de estupefacientes debido a que retorna a su hogar de crianza con los abuelos maternos. Por otra parte, a la edad de 12 años comienza a ejecutar hurtos en compañía de pares utilizando la intimidación con arma blanca. A la edad de 15 años participa de un secuestro por el cual es capturada y privada de la libertad.

Impulsividad: la joven refiere que desde su infancia empieza a presentar agresiones verbales hacia sus abuelos en situaciones en las cuales era orientada para el cumplimiento de las normas del hogar. Además a los 9 años, en el periodo que convive con su madre y padrastro, es testigo de episodios recurrentes de maltrato físico y verbal de forma bilateral. Durante uno de esos episodios, ella intenta agredir al padrastro con un cuchillo, sin embargo, es neutralizada por este.

Cuando inicia vinculación en su preadolescencia con pares vinculados a la delincuencia empieza a presentar riñas callejeras con arma blanca. A la edad de 15 años intenta suicidarse con un veneno para cucarachas debido a un aparente episodio depresivo, sin embargo, logra ser ayudada por sus abuelos y es hospitalizada en el hospital San Camilo.

Durante su vivencia en Hogares Claret se ha autoagredido aproximadamente 4 veces con objetos cortopunzantes en los antebrazos, refiere que sin intenciones de quitarse la vida. Ha participado en 3 motines dentro de la unidad en donde ha realizado varios daños a la planta física, también ha estado involucrada en varias riñas con otras compañeras y ha intentado fugarse 4 veces de la institución. En dichas situaciones la joven no piensa claramente en las consecuencias negativas de sus actos y después de realizarlos no presenta remordimiento, en cambio, le generan una especie de alivio intrapersonal.

Historial de Consumo de sustancias psicoactivas (SPA): inicia policonsumo de drogas a la edad de 11 años (cannabis, pegante, rivotril, alcohol y perico) siendo la marihuana y el pegante las sustancias de preferencia, llegando a la etapa de abuso (ver historial de consumo de SPA). Suspende el consumo frecuente a los 15 años cuando ingresa a la Hogares Claret, sin embargo durante su vivencia ha tenido dos recaídas, una de marihuana hace 1 año y otra de benzodiacepinas hace 3 semanas.

Tipo de sustancia	Edad de inicio	Frecuencia de consumo	Observaciones
Cannabis	11	Diariamente	Abstinencia de 1 año – Presenta un consumo aislado hace 1 año
Pegante	11	Diariamente	Abstinencia de 2 años
Rivotril (pepas)	11	1/semana	Suspende consumo hace 2 años – evidencia consumo aislado hace 3 semanas
Pasta de coca (perico)	12	1/semana	Abstinencia de 2 años
Alcohol	12	1/semana	Abstinencia de 2 años

5. CONTEXTO:

Académico-Laboral	Antes de ingresar a la fundación, la joven se encontraba desescolarizada desde hace aproximadamente 5 años. Refiere haber cursado hasta cuarto primaria en una institución del barrio Girardot de Bucaramanga, pero abandona la escolaridad para ayudar a su madre y padrastro en el negocio
--------------------------	--

	de la venta de estupefacientes. Al ingreso a Hogares Claret hace 2 años es vinculada nuevamente a la escolaridad. Actualmente se encuentra en séptimo y durante su vivencia institucional ha mostrado buen rendimiento académico, sin embargo ha tenido algunos inconvenientes disciplinarios por desafíos a la autoridad, además, no hay claridad con respecto a su interés por el estudio ya que no lo considera un aspecto relevante en su proyecto de vida. No refiere experiencia laboral formal, sin embargo, manifiesta antes de ser recluida ejercía la venta de estupefacientes, la prostitución y la ejecución de hurtos para conseguir dinero para el consumo de sustancias psicoactivas.
Familiar	Procede de una familia extensa de línea materna, su relación con sus abuelos es funcional, existe fuerte vinculación afectiva con la abuela quien ejerce la autoridad y los gastos del hogar laborando en oficios varios. Con el abuelo la relación ha sido distante. Existe antecedente de permisividad y de un sistema normativo difuso. La relación con la progenitora es conflictiva y distante ya que Saidy refiere que se avergüenza de la forma de ser de su madre y de su vinculación con el consumo y expendio de sustancias psicoactivas.
Pareja-Sexual	Inicia actividad sexual a la edad de 14 años con su primer novio, utilizaban preservativos ocasionalmente y coito interrumpido. Seis meses más tarde empieza a ejercer la prostitución utilizando en ocasiones preservativos de látex. No evidencia problemas de salud sexual según reportes médicos. Por otra parte, se evidencia un patrón de idealización – devaluación con sus parejas afectivas, teniendo en cuenta las características de su historial de iniciación y culminación de relaciones de pareja durante su permanencia en Hogares Claret.
Condiciones Ambientales	Residencia ubicada en sector vulnerable por presencia de grupos de jóvenes con conflictos de convivencia, actividades delictivas, consumo y micro-tráfico de SPA.

6. DOMINIOS

Emocional-Afectivo	Tiene dificultades para el manejo del enojo y la frustración por su tendencia inmediateista y demandante. Evita demostrar sentimientos de tristeza por temor a que sus pares perciban debilidad en ella, sin embargo, tiende a simular o exagerar emociones negativas con figuras de autoridad para manipular y buscar condescendencia ante sus conductas disruptivas.
Cognitivo-Verbal	Se encuentra ubicada en espacio, tiempo y persona. Evidencia predominancia de pensamiento concreto. Muestra dispositivos de percepción, de atención y de memoria sin alteraciones. Muestra un lenguaje estructurado, lógico y fluido. Existe presencia de jerga callejera en su discurso.
Interacción Social	Evidencia facilidad para entablar relaciones sociales con pares y adultos. Muestra habilidades de liderazgo, sin embargo, las utiliza negativamente, ya que ha estado involucrada en varias situaciones negativas como agresiones, motines e intentos de fuga, en las cuales ella ha liderado. Por otra parte, tiende a manipular para satisfacer sus necesidades, sin importar ni medir sus acciones. Se muestra egocéntrica y

	reacciona agresivamente cuando se le confronta.
Repertorios relacionados con salud enfermedad	No evidencia problemas de salud significativos. Por otra parte, ha presentado conductas sexuales de riesgo asociadas a su vinculación con la prostitución.

7. DESCRIPCIÓN HISTORIA DE VIDA

Embarazo y parto:

Hija de madre consumidora de cannabis, sin embargo, se desconoce si existió suspensión de consumo durante el embarazo. Desconoce detalles acerca del parto.

Infancia:

La joven refiere cuando tenía seis meses su madre la entrega a su abuela materna debido a las dificultades a nivel económico que empezó a tener cuando su pareja (padre de Saidy) es privada de la libertad por el delito de homicidio. Durante su infancia vivió con sus abuelos maternos la mayor parte del tiempo, y su madre la visitaba ocasionalmente. Cuando tenía 9 años se va a vivir con su madre, padrastro y dos hermanastras menores. Refiere que durante este tiempo fue víctima de violencia intrafamiliar y presencié en varias ocasiones dichos episodios entre el padrastro y su progenitora. Por otra parte, menciona que ese mismo año su madre empieza a expender bazuco y ella era utilizada para vender esta sustancia aprovechando su corta edad para evadir la ley. A la edad de 11 años manifiesta que inicia con el consumo de pegante, rivotril y marihuana, y que esta última sustancia era consumida en compañía de su progenitora. Además, expresa que en dicha época retorna al hogar de sus abuelos maternos.

Adolescencia:

La joven aumenta frecuencia de consumo de sustancias a la edad de 12 años y además de drogas mencionadas anteriormente, empieza a consumir pasta de cocaína y alcohol. Además, empieza a socializar con pares negativos con quienes realiza actividades delictivas (hurto y venta de SPA). A los 14 años comienza a prostituirse para conseguir recursos para el consumo de SPA alternando con la ejecución de hurtos. A la edad de 15 años, es cómplice de un secuestro simple a un bebé de 2 años en compañía de dos jóvenes más. Manifiesta que estaba consciente de las implicancias del acto, no sintió remordimiento y sólo quería lucrarse económicamente. A partir de su captura fue recluida en la Fundación Hogares Claret y fue privada por el término de 4 años en abril del 2010. Durante su estadía en la institución la joven ha tenido conductas disruptivas como intentos de fuga, motines, autoagresiones, agresiones a sus compañeras y figuras de autoridad, y consumo de SPA. Actualmente cumple con 2 años de su sanción.

8. ANÁLISIS FUNCIONAL

CONDUCTA	ANTECEDENTES	SIST. DE RTAS.	CONSECUENCIAS	CONCLUSIONES
Impulsividad	-En situaciones en las cuales siente humillación. -Cuando genera rumiaciones acerca de su situación legal y el tiempo de su sanción. -En momentos en los cuales siente la necesidad de descargar sus deseos de comportarse negativamente.	Cognitivo: “No debo ser humillada” “Mi delito no es para tanto, debería estar en libertad” “Hacer algo negativo aliviará mi tensión”	A partir de la realización de conductas disruptivas la joven siente que libera su tensión causando alivio. En los momentos de descarga no piensa en las consecuencias de sus actos. Además, no evidencia remordimiento.	Teniendo en cuenta las influencias hereditarias de sus padres quienes tienen antecedentes de conductas agresivas y delictivas; la falta de límites y normas claras en el hogar; el aprendizaje social con referentes de socialización primaria asociado a la utilización indiscriminada de la violencia para la solución de conflictos, la joven empieza a emplear ese tipo de estrategias en diversos contextos interpersonales. La utilización de conductas violentas reduce considerablemente su tensión y genera una sensación de alivio intrapersonal, que sumada al aumento de reconocimiento por parte de sus pares y la percepción de poder, refuerzan positivamente el comportamiento disruptivo.
		Emocional: Enojo y euforia.		
		Conductual: agresiones, autoagresiones		
Recaída de consumo de SPA.	A partir de la frustración que le generó celebrar su cumpleaños en la fundación, decide tomarse una pastilla de rivotril que le dio su prima durante una entrevista familiar, sin medir las consecuencias.	Cognitivo: “,debería estar en libertad” “consumir aliviará mi tensión”	A partir del consumo de la sustancia entra en un estado alterado de conciencia e intenta agredir físicamente a una compañera de unidad. La joven es neutralizada por una educadora quien evita la agresión. Después de varios minutos recobra su	La vulnerabilidad a las recaídas parte de ciertas condiciones hereditarias debido a los antecedentes de consumo de sus padres y al aprendizaje social al interior de su familia en el contexto comunitario. El elemento disparador
		Emocional: frustración.		
		Conductual: consume rivotril mezclada con gaseosa.		

			lucidez y empieza a sentirse arrepentida.	es la frustración que intenta reducir alterando su estado de conciencia.
--	--	--	---	--

9. Impresión diagnóstica incluida hipótesis diagnósticas desde el DSM IV

Joven de 17 años, presenta un patrón de comportamiento antisocial desde la infancia relacionado con su vinculación a temprana edad en actividades delictivas (hurtos, expendio de SPA, secuestro), a su escasa interiorización de la norma, al uso de la violencia para solucionar conflictos y a la ausencia de remordimiento con respecto a sus acciones; adquirido a partir de elementos hereditarios y de aprendizaje social con figuras de socialización primaria, y al sistema normativo difuso en la crianza; mantenido a partir de sentimientos de bienestar en relación a descargas de tensión emocional, y a refuerzos sociales relacionados con el reconocimiento y respeto por parte de sus pares.

	Fecha: 20/3/2012	Fecha: 27/03/2012	Fecha: 04/04/2012	Fecha: 11/03/2012	Fecha: 18/04/2012
Eje 1	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil
Eje 2	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 3	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 4	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,
Eje 5	60	60	65	70	60

	Fecha: 02/05/2012	Fecha: 15/05/2012	Fecha: 25/05/2012	Fecha: 08/06/2012	Fecha: 16/06/2012
Eje 1	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil	Trastorno por abuso de sustancias psicoactivas (en entorno controlado). Trastorno disocial de inicio infantil
Eje 2	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 3	NA	NA	NA	NA	NA
Eje 4	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,	Privación libertad, conflicto con la ley,
Eje 5	65	70	70	75	78

Nota: el 16 de julio, un mes después de la décima sesión se realiza un seguimiento a la adolescente en donde se encontró una mejoría de 4 puntos llegando a 82 en su EEAG.

10. Objetivos terapéuticos:

- Aumentar la capacidad de la joven para identificar y analizar aspectos relevantes de sus problemáticas teniendo en cuenta el modelo cognitivo de psicoterapia.
- Fortalecer la capacidad de la joven para autorregularse emocionalmente.
- Incrementar el repertorio de conductas prosociales y estrategias de afrontamiento en la joven.
- Disminuir en la joven la probabilidad de presentar recaídas de consumo de sustancias psicoactivas.

11. Plan de intervención

- Psicoeducar a la joven en relación al modelo cognitivo.
- Fortalecer la capacidad de la joven para identificar pensamientos disparadores de conductas violentas hacia ella misma u otros, y de generar un autodiálogo interno con argumentos racionales para manejarlos.
- Reestructurar ideas irracionales que promueven soluciones violentas a los conflictos intrapersonales e interpersonales.
- Entrenar a la joven con respecto a la utilización de estrategias proactivas para la solución de problemas.
- Psicoeducar a la joven en relación a su problemática de consumo de sustancias psicoactivas.
- Entrenar a la joven en estrategias cognitivas para la prevención de recaídas de consumo de sustancias psicoactivas.

12. Conclusiones

LOGROS	DIFICULTADES
Fortalece su capacidad para autorregularse emocionalmente y prevenir conductas violentas. Adquiere una postura más racional y adaptativa en relación a situaciones que anteriormente potenciaban conductas agresivas. Aumenta su capacidad para solucionar conflictos de manera proactiva. Evidencia una mayor capacidad para empatizar con sus semejantes. Adquiere estrategias para prevenir recaídas de consumo de SPA.	El contexto familiar y comunitario puede facilitar recaídas de consumo de SPA, y su retorno a la delincuencia, cuando se dé su egreso de la institución.

ANEXO 4



FUNDACION HOGARES CLARET
REGIONAL SANTADER

VALORACION DE PSICOLOGIA

1. DATOS PERSONALES DE IDENTIFICACION:

Nombres y Apellidos:

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Fecha Ingreso: _____ Fecha Informe: _____

2. MOTIVO DE INGRESO:

3. ANTECEDENTES PERSONALES:
HISTORIA PRENATAL PARTO:

INFANCIA:

ADOLESCENCIA:

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

[illegible]

4. DIMENSIONES EVALUADAS:

I. DIMENSION FAMILIAR:

- **Composición Familiar:**

[illegible]

- **Dinámica Relacional:**

- **Sistema Normativo y Manejo Autoridad:**

- **Antecedentes Familiares:**

II. DIMESION PERSONAL:

- **DESCRIPCION DE SI MISMO:**

III. DIMENSION AFECTIVA Y EMOCIONAL:

- **CAPACIDAD PARA HABLAR DE LO QUE SIENTE, Y DE EXPRESAR EMOCIONES:**

- **PERDIDAS SIGNIFICATIVAS:**

- **EMOCION PREDOMINANTE EN LA ACTUALIDAD:**

- **ANTECEDENTES DE CONDUCTA AGRESIVA Y AUTOLITICA:**

- **RED AFECTIVASIGNIFICATIVA:**

- **MANEJO DE LA SEXUALIDAD (Edad de inicio. Antecedentes de abuso, prevención):**

IV. DIMENSION COGNITIVA:

- **ESTADO CONCIENCIA ACTUAL:**

- **DISPOSITIVOS COGNITIVOS BASICOS:**

- LENGUAJE Y PENSAMIENTO:

- PRESENCIA DE ALUCINACIONES:

CARACTERISTICAS DEL SUEÑO:

V. DIMENSION DE DESARROLLO MORAL:

- JERARQUIA DE VALORES:

- PERCEPCION DEL DELITO Y LA SITUACION ACTUAL:

5. TECNICAS DE EVALUACION UTILIZADAS:

6. OBSERVACIONES GENERALES:

7. DIAGNOSTICO MULTIAXIAL:

Eje 1

Eje II:

Eje III:

Eje IV:

Eje V:

8. IMPRENSION DIAGNOSTICA:

9. PLAN DE INTERVENCION:

FIRMA DEL ADOLESCENTE

FIRMA DEL PSICOLOGO

ANEXO 5
AUTORREGISTRO

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA/RTA FISOLÓGICA

ANEXO 6

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PRÁCTICA CLÍNICA**

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado/a con el documento de identidad No. _____, en plenas condiciones mentales, declaro que he sido informado/a adecuadamente de los procedimientos, ventajas y riesgos a que puedo estar sometido como sujeto experimental del proyecto referente a esta declaración. Así mismo, soy consciente que mi participación es voluntaria y que podré retirarme del estudio justificación. Así como también, soy consciente que los resultados derivados de los análisis tendrán un manejo confidencial, de manera que no serán publicados mi nombre e identidad.

Atentamente,

Participante del proyecto

Practicante de especialización en Psicología clínica

Dra. Ana Fernanda Uribe R.

Asesora especialización en Psicología clínica