

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA UN PACIENTE CON RM SEMI-INTERNO Y
PARA LA MADRE

Ps. MILENA VESGA PRADA

ASESORA:

Ps. Mg. AMPARO DURAN MOSQUERA



PROYECTO DE GRADO PRESENTADO PARA
OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA

2013

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
METODO	24
Participantes	24
Instrumentos	24
Procedimiento	26
Resultados y Discusión	28
Formulación Caso Clínico JLOA	46
Formulación Caso Clínico RJA	54
Capacitación Profesionales	62
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS	65
ANEXOS	71

RESUMEN GENERAL

TÍTULO: Terapia cognitivo-conductual para un paciente con RM semi-interno y para la madre.

AUTOR: Milena Vesga Prada

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Amparo Duran Mosquera

RESUMEN

Esta práctica de psicología clínica centra sus objetivos en el diagnóstico y tratamiento psicológico a paciente con RM Leve, que recibe tratamiento en la Asociación ELOGIOS y a la madre con un posible Trastorno de Ansiedad Generalizado. Se aplicó Inventario de Ansiedad de Beck (1988), Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, (1991) y Cuestionario de Esquemas de Young (1999) a la mamá del paciente. Paralelamente se aplicó protocolo de intervención psicológica de enfoque terapéutico cognitivo conductual, como apoyo al proceso de la institución. El proceso terapéutico fue realizado durante 4 meses e interrumpido por la madre del paciente, quien decide no seguir recibiendo los servicios de la institución; se realizó seguimiento extramural en los tres siguientes meses, encontrando un marcha atrás en la funcionalidad y en las conductas ansiosas del paciente y aumento de las conductas de ansiedad de la madre.

Palabras claves: Retardo Mental, diagnostico, problemas de conducta, psicopatologías.

GENERAL SUMMARY

TÍTULO: Cognitive behavioral therapy for a patient with semi-internal RM and mother.

AUTHOR: Milena Vesga Prada

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Amparo Duran Mosquera

ABSTRACT

This practice of clinical psychology focuses its objectives in the diagnosis and psychological treatment with mild MR patient who receives treatment at the Association ELOGIOS and mother, possibly Generalized Anxiety Disorder. We applied the Beck Anxiety Inventory (1988), Automatic Thoughts Inventory and Lujan Ruiz, (1991) and Young Schema Questionnaire (1999) patient's mother. Same protocol was applied psychological intervention cognitive behavioral therapy approach, to support the process of the institution. The therapeutic process was carried out for 4 months and interrupted by the patient's mother, who decides not to continue the services of the institution extramural were monitored in the next three months, finding a reverse functionality and anxious behaviors of and increased patient anxiety behaviors of the mother.

Keywords: Mental Retardation, diagnosis, behavioral problems, psychopathology.

INTRODUCCIÓN

La Asociación Hacia un Mejor Futuro ELOGIOS es una institución privada, ubicada en la sede campestre de la finca Caracolí, vereda los Cauchos, vía Floridablanca- Piedecuesta, la cual brinda atención integral, a personas con discapacidad cognitiva y problemas de conducta, para fortalecer, desarrollar y potencializar sus capacidades; para ello implementa técnicas de intervención dirigidas a minimizar la conducta problema para mejorar la calidad de vida, facilitar estrategias de afrontamiento de las psicopatologías del paciente y su red de apoyo, creando alternativas que permitan la continuidad y el desarrollo de su proyecto de vida.

Situación muy similar a la planteada por García, Ruiz y Carulla (2010) los cuales plantean parámetros específicos para pacientes con Retardo Mental (RM), episodios en crisis y problemas de conducta; haciendo referencia a modelos de institución de las buenas prácticas en programas desarrollados en el Reino Unido, Cataluña España y Alemania; estos programas incluyen servicios de hospitalización de larga instancia para personas con discapacidad mental y problemas de conducta, integrándolos a los centros de salud mental en general; los programas están especializados en proporcionar un servicio caracterizado por la experiencia de evaluación, tratamiento y prevención, además de los servicios de asesoramiento, consulta y apoyo a otros servicios médicos de los centros de salud. En el área psicológica su modelo de intervención está dirigido a un enfoque netamente conductual. Situación similar al modelo de institución y de tratamiento

que se realiza en la Asociación para un mejor Futuro ELOGIOS en la que se implementa dicho modelo de intervención.

Para alcanzar las metas y propósitos terapéuticos, la Asociación para un Mejor Futuro ELOGIOS realiza un procedimiento de enfoque integral contando con un equipo de profesionales calificados para fortalecer y atender individual y grupal a las personas con discapacidad intelectual y las necesidades de sus familias. Dentro del procedimiento psicológico que se realiza allí está dirigido a minimizar o eliminar aspectos que contribuyen a la conducta problema y la resolución de crisis; para el logro de esto, el área de psicología centra su intervención clínica en los aspectos relevantes del caso de la situación problema del usuario y su contexto familiar, redes de apoyo y desarrollo psicosocial, entre otros. Emerson, Moss & Ciernan, (1999) también proponen que para poder desarrollar un mejor sistema de atención sanitaria para estas personas, es necesario que los profesionales de la salud tengan un mayor conocimiento de los problemas de conducta; situación que genero la necesidad de realizar unas prácticas clínicas que permitiera apoyar a los profesionales de la salud que laboran en esta institución, a su vez, elaborar un proceso terapéutico que sirviera de guía de intervención a futuros jóvenes con RM y trastornos psiquiátricos.

El presente estudio se basa en la intervención psicoterapéutica a un adulto joven con Retardo Mental con problemas de conducta y Ansiedad generalizada, quien esta semi-interno en la Asociación para un Mejor Futuro ELOGIOS y los fines de semana convive con su mamá, la cual manifiesta preocupación al no poseer las pericias de un cuidador. En relación a estas situaciones, García, et al

(2010) formulan que cuando las personas con discapacidad cognitiva tienen dificultad para crear y mantener enlaces afectivos seguros y la dificultad para responder a las exigencias del entorno pueden surgir un comportamiento desadaptado manifestado en autoagresión o que puedan agredir a la persona que representa el enlace afectivo como es su madre o cuidadora; Dosen (2005) habla sobre dichas conductas desadaptadas que aparecen cuando la persona intenta afrontar las situaciones que representan una amenaza para su autonomía con un comportamiento de búsqueda de atención excesiva, es decir, cuando la persona siente que pierde autonomía e intenta enfrentar la situación que le genera malestar, lo hace llamando la atención de su cuidador o con quien mantiene un vínculo afectivo cercano.

El Retraso Mental, también conocido como Discapacidad Cognitiva, según el DSM IV-R, se presenta cuando el funcionamiento intelectual de una persona tiene limitaciones en su funcionamiento adaptativo. Quienes tienen retraso mental obtienen una puntuación baja en las pruebas de inteligencia que miden cociente intelectual (CI), dicho criterio es fundamental para el diagnóstico, sin embargo la funcionalidad de la persona en la vida diaria depende de la gravedad de su discapacidad cognitiva.

Se conoce que el retraso mental se produce por diferentes causas, aunque en ocasiones no se logra identificar su etiología, como lo indica Kaplan, - Sadock, (1998), sólo en dos tercios de la población con RM se puede identificar el origen de su discapacidad. Se ha identificado que los trastornos que más frecuentemente

llevan a RM son los cromosómicos y metabólicos, el Síndrome de Down, el Síndrome X frágil y la fenilcetonuria (Kaplan, -Sadoc).

Para la valoración de la persona con RM es importante la evaluación conductual, teniendo en cuenta que se presentan cambios significativos en su conducta, los cuales representan un problema para su entorno familiar, académico y social. Siguiendo con lo dicho por Artigas-Pallarés (2006) la estrategia que se ha de seguir para el diagnóstico de los problemas conductuales es la misma que se utiliza para las personas sin RM. Sin embargo, teniendo en cuenta las limitaciones comunicativas del paciente con RM, se debe recurrir a la información proporcionada por la familia, los cuidadores y los maestros, así como, de manera especial, a la observación espontánea del paciente.

La evaluación, y aún más, el diagnóstico para pacientes con RM ha sido cuestionado y en ocasiones no hay precisión entre profesionales; y esto ha sido un problema de tiempo atrás y todavía en la actualidad se sigue presentando según Reid (1980) manifiesta al respecto que la validez de los diagnósticos es muy cuestionable, y más aún con población con RM, por una parte es difícil o a veces imposible entrevistarlos, por otra parte, el conocimiento sobre la discapacidad cognitiva es muy poco. **Es decir, que el grupo de profesionales expertos en este campo, en ocasiones, presenta discrepancias sobre el posible diagnóstico y sobre las condiciones necesarias para un tratamiento específico.**

La valoración de los pacientes con RM no deja de ser necesario, para tener una mayor precisión y evaluar diferentes aspectos del paciente, es imprescindible aplicar diferentes instrumentos y métodos estandarizados, además de contar con un equipo multidisciplinario que permita un mejor diagnóstico y tratamiento para los pacientes con RM. Es decir, hay que basarse en múltiples fuentes de información multidisciplinar entre las que destacan la observación de la conducta en el contexto habitual, entrevistas al propio sujeto (cuando no tiene limitaciones en su lenguaje), cuidadores y familia, evaluación psicométrica que incluya la valoración del desarrollo de habilidades sociales, personalidad y conducta adaptativa, y evaluaciones médicas biológicas (Rodríguez-Sacristán, Buceta, 1995 citado por Bastos, 2006). Al igual, que se debe contar con la valoración de psiquiatría, neurología, psicología, fonoaudiología, trabajo social, entre otras, que permitan una evaluación global que enmarque las áreas de salud física, mental, social y ambiental, etc.

El propósito de la evaluación es identificar los factores causantes de los problemas de conducta, así como los factores de continuidad del malestar de la persona, como postulan García, et al (2010); existen diferentes aspectos por evaluar entre los que más destacan:

Evaluación del comportamiento (problemas de conducta), se puede obtener la información por medio de Historial e informes médicos actuales, entrevista personal, información suministrada por cuidadores, observación directa de la

conducta y procedimientos formales y estandarizados (checklist, notaciones en escalas, análisis de conducta).

Evaluación de la persona, para dicha valoración se tiene en cuenta aspectos biológicos (anomalías genéticas y orgánicas del sistema nervioso central), el aspecto psicosocial (niveles de desarrollo cognitivo, social, emocional y de personalidad), además de examinar el estado de salud físico, la condición psiquiátrica y los problemas funcionales de la persona.

Evaluación del entorno, este aspecto explora los entornos en los que se desenvuelve la persona y sus principales características o problemáticas; se observa el entorno físico (hogar, colegio, trabajo, centro día, entre otros), relevancia de la persona para el entorno (aceptación, adaptación, etc.), se tiene en cuenta también si existen problemas sistémicos, problemas pedagógicos, problemas sociales y aspectos culturales.

Para valorar al paciente es importante tener en cuenta, según García, et al. (2010) algunas conductas de personas con discapacidad intelectual, como agresión física, destrucción de la propiedad, autolesiones, pica y otros episodios de conducta conflictiva o disruptiva se consideran problemas de conducta en el entorno social por su: (a) *frecuencia*, (b) *gravedad* (potencial de daño físico o psicológico para la persona, los demás o la propiedad) y (c) *duración* en el tiempo. (García, et al., 2010)

Como en la mayoría de los casos de pacientes con RM; se han presentado problemas de conducta que generan dificultad para relacionarse con su entorno y a su vez representa una molestia para su familia o cuidadores, que en ocasiones no logran controlar la situación. La existencia de problemas de conducta presume además un peso considerable para la familia y el resto de cuidadores y personas que apoyan a la persona con RM, en servicios de atención, en residencias, clínicas o en centros de día (Jacobson, Holburn y Mulick, 2002, citado por García, et al., 2010).

Además de los problemas de conducta, se presenta otros trastornos psiquiátricos adyacentes al RM que agudizan y hace más complejo la intervención con los pacientes y con sus familias ya que hay que estudiar a fondo cada caso para prever cualquier tipo de conducta que pueda afectar más adelante el tratamiento. Al hacer referencia a los trastornos psiquiátricos, los estudios de décadas atrás, desde principios de los años cincuenta del pasado siglo han publicado varios estudios sobre la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en personas con RM. Inicialmente, Rutter, Tizard, Yule, et al. (1976) y Corbett (1979) citado por Bastos H. (2006) documentaron una prevalencia más alta de trastornos de conducta y psicopatología en niños y adolescentes con RM que en población normal. "Estas observaciones se han confirmado después repetidamente." (Rutter, et al., 1976).

En estudios más recientes se ha investigado el patrón de psicopatología en el RM, dando como resultado un amplio rango de prevalencia de categorías

concretas tales como esquizofrenia 1-3%, trastornos afectivos 5-45% y trastorno por déficit de atención 8-11% (Bregman, 1991, citado por Bastos H., 2006). En un estudio poblacional, Deb (2001) citado por Bastos H. (2006), encontró trastornos de conducta en un 60% de la muestra, con una tasa global de trastornos psiquiátricos funcionales de un 16%, de los cuales un 4% correspondió a esquizofrenia, un 7% a trastorno de ansiedad y un 2% a trastorno depresivo. La interpretación de estos datos, sin embargo, está limitada por problemas de muestreo, así como por aspectos de definición e identificación de casos como el infradiagnóstico.

Esto último implica que los trastornos de conducta se atribuyen frecuentemente al RM y, de manera equivocada, no se atribuyen a la psicopatología (Bastos H. 2006), es decir, que al abordar un caso de RM hay que esclarecer que tipos de conductas son propios del RM y cuales obedecen a otro tipo de trastorno, **por ejemplo cuando el paciente presenta además Trastorno de Ansiedad, el cual, se puede presentar cuando el paciente con RM presenta síntomas de ansiedad frente a ciertos objetos o situaciones, se puede ver al consultar el DSM IV, que el Trastorno de Ansiedad se caracteriza por una preocupación que es difícil de controlar, asociado a síntomas como inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad,** tensión muscular y alteraciones del sueño. Ahora bien, estos síntomas acompañados de los problemas de conducta propios del RM, agudizan aún más los conflictos en la conducta de los pacientes.

Además de los problemas comportamentales, existen otros factores que intervienen en un problema de conducta en sujetos con RM; Fraser y Nolan (1995) señalan que la disfunción cerebral interactúa con otros factores psicosociales y ambientales para producir trastornos psiquiátricos, enumerando como factores causantes de las conductas problema los siguientes: a) El daño cerebral, que puede causar a la vez RM y trastornos psiquiátricos; b) Las pérdidas/separaciones repetidas; c) Las dificultades en la comunicación; d) La baja inteligencia, que conduce a peores mecanismos de afrontamiento y a una vulnerabilidad al estrés; e) Las dificultades familiares, enfermedad en los padres, conflictos conyugales, disciplina inadecuada; f) El fallo en la adquisición de las habilidades sociales, interpersonales y recreativas (que pueden impedir las relaciones y predisponer a la enfermedad); g) La baja autoestima por fracasos repetidos, el rechazo ambivalente de la familia, la apariencia física percibida frecuentemente como dismórfica o inatractiva y h) El etiquetado, los ambientes adversos y los acontecimientos negativos de la vida.

Como se puede ver, son muchos los factores que entran a jugar un papel determinante en el individuo con RM que en algunos casos solo cumplen con algunas características, pero pueden presentarse casos en los que la persona con RM tiene que enfrentar múltiples factores que ayudan a que se presente problemas de conducta y no haya una buena adaptabilidad dentro de su entorno. De acuerdo con Dosen (2005) una persona con cierto nivel de desarrollo de la personalidad, tiene establecidas las necesidades psicosociales básicas que

requieren de su satisfacción, para adquirir una conducta de adaptación y lograr el desarrollo psicosocial que requiere; es decir, que todas las limitaciones y niveles de exigencia del medio que tienen que sortear los pacientes con RM hacen que recurran a estrategias de afrontamiento las cuales, en ocasiones, no sean las más adecuadas.

Para una mejor explicación, de acuerdo con Reiss y Havercamp (1998) cuando no hay una comprensión de las necesidades psicosociales básicas de la persona con discapacidad cognitiva, genera problemas de interacción, que aumentan la aparición de distintos problemas de comportamiento. Como en el caso en los que hay un grado alto de exigencia, o una estimulación inadecuada del desarrollo psicosocial de la persona sin conocer sus verdaderas necesidades.

El nivel de interacción de la persona con discapacidad cognitiva con su entorno influye en su comportamiento, como argumenta Bastos (2006) cuando no hay un buen uso del lenguaje verbal como elemento de contacto y mediación de los intercambios relacionales, las personas con RM pueden hacer manifiesto de conductas agresivas o desadaptativas. No se ha encontrado una explicación biológica que determine los problemas de conducta o la agresividad que exhiben las personas con discapacidad cognitiva (González-Castañón, 2000).

Los autores de DC-LD (Royal College of Psychiatrists, 2001) formulan los siguientes criterios, que no solo sirven para su diagnóstico, sino también para comprender y explicar el origen de un problema de conducta: a) la frecuencia, la gravedad o duración; b) el problema de conducta no es consecuencia directa de

otro trastorno psiquiátrico, de la medicación o de una enfermedad física; c) presenta uno de los siguientes rasgos:

- Tiene un impacto considerable en la calidad de vida de los demás.
- Supone riesgos importantes para la salud y/o la seguridad de la persona o de los demás.

d) el problema de conducta es persistente y dominante. Así mismo, los autores DC-LD dan a conocer entre los siguientes tipos de conducta: verbalmente agresivo, físicamente agresivo, destructivo, autolesivo, sexualmente inadecuado, desafiante, demandante, de distracción, combinado, otros problemas de conducta y una combinación de varios de ellos.

La prevalencia de los adultos con RM en la comunidad que presentan problemas de conducta está entre el 25% y el 59% de acuerdo con Bastos (2006) y en su artículo muestra los principales problemas de conducta en el RM, según el Inventario for Client and Agency Planning (ICAP): comportamientos autolesivos o daño a sí mismo, heteroagresividad o daño a otros, destrucción de objetos, conducta disruptiva, hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias), conducta social ofensiva, retraimiento o falta de atención y conductas no colaboradoras. (Salvador, García-Mellano. Rodríguez de Molina, Revuelta y Arroyo, 1994).

Los problemas de conducta que presentan las personas con discapacidad cognitiva son manifestadas, en su mayoría, dentro del hogar y con integrantes de la familia (Bastos, 2006); quienes no tienen las herramientas apropiadas para enfrentar dichas conductas y controlar los comportamientos de agresividad, resultando en un problema no solo para la persona con RM sino también para su

familia o cuidador, quien en ocasiones el cuidador puede ser la mamá o una persona no profesional. Para Gonzales Castañón (2000) la agresividad y los berrinches son conductas sociales modificables al aprehenderlas como sucesos comunicativos.

Las consecuencias de un problema de conducta se ve reflejado en la participación limitada que tiene la persona con discapacidad en un conjunto de experiencias sociales, educativas, vocacionales y recreativas, las cuales son consideradas imprescindibles para el desarrollo de la persona. (Jacobson, Holburn y Mulick, 2002).

Pero el paciente no está sólo y la familia juega un rol importante en su condición de discapacidad el cual puede ayudar estimulando su desarrollo para alcanzar grandes logros en su proceso de adaptación o puede representar un problema tanto para el paciente como para los demás miembros que la conforman. Como argumentan Loveland y Tonalí-Kotoski (1998) las expectativas de los miembros de la familia y las exigencias impropias pueden generar conductas socialmente no deseadas en la persona con discapacidad cognitiva. Sin embargo, considera que dichas conductas no se deben ver como desadaptativas, sino como estrategias adecuadas para enfrentar las afecciones patológicas.

La familia del paciente con RM, como la familia de personas sin RM, representa un vínculo de apoyo y la primera escuela de formación de su personalidad, además que la persona con RM siempre estará vinculada a su familia de acuerdo a su nivel de autonomía, funcionalidad o discapacidad. Desde el papel que juega la familia y la responsabilidad de la educación que debe

implementar dicha familia, respecto a eso Van Genneep (2005) hace referencia a las herramientas que la familia debe dar al niño o joven con RM en su preparación para enfrentar al mundo, influyen en su autonomía y en la forma en que enfrentaran los problemas cotidianos sin que estos generen más conflicto o den inicio a la aparición de problemas de conducta prolongados y graves. Así mismo, la educación y formación de una persona con discapacidad intelectual también desempeña un papel importante en la manera de enfrentar situaciones adversas.

Otros autores muestran la importancia y los beneficios de darle al paciente con RM un entrenamiento adecuado desde el hogar que le ayuden a afrontar situaciones difíciles y a su vez evitar o corregir problemas de conducta (Hodapp y Zigler, 1995; Masten y Coatsworth, 1995); esto se ve reflejado cuando la persona con discapacidad cognitiva cuenta con pautas dadas por una paternidad protectora y a su vez, con estructuración adecuada de los estímulos del medio en que se desenvuelve y las actividades de la persona de acuerdo a sus necesidades, con introducción de normas sociales claras siempre que sea posible, puede estimular el desarrollo de un mecanismo adecuado de afrontamiento. De lo contrario, la persona se encontrará en una situación más vulnerable ante los problemas de conducta y los trastornos psiquiátricos (Hodapp y Zigler, 1995; Masten y Coatsworth, 1995 citados por García, et al. 2010).

Como se ha mostrado, son múltiples los factores que se presentan en el proceso de aparición de un problema de conducta, como se ve en el siguiente esquema (ver figura 1)

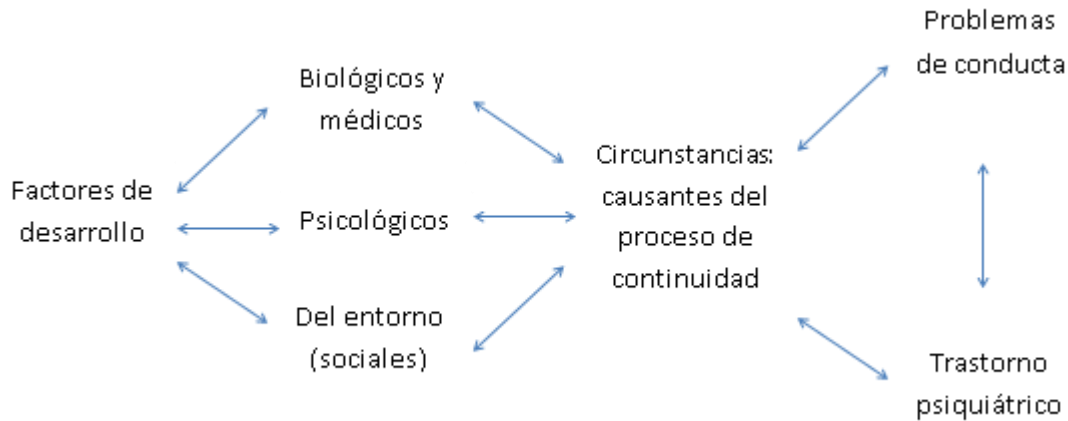


Figura 1: Factores que intervienen en un problema de conducta.
Fuente: (García, et al., 2010)

Durante la valoración e intervención de posibles factores para la aparición de un problema de conducta, también se debe tener en cuenta las características médicas, funcionales y ambientales, además de la naturaleza de interacción entre las mismas.

Al hablar de los tratamientos, son muchas las alternativas, uno de los tratamientos que se da a los pacientes con RM a partir de su diagnóstico es la farmacología o suministro de medicamentos de acuerdo a la gravedad del RM y al diagnóstico de otros trastornos asociados. Para dicho tratamiento se debe contar con la intervención del psiquiatra, y en algunos casos del neurólogo, quien determina los medicamentos que el paciente debe tomar y su forma de administración (frecuencia y periodo del tratamiento). Al momento de elegir el compuesto psicotrópico hay que basarse, por una parte, en el perfil sintomático

individual de la persona y, por otra, en la seguridad, tolerancia y en variables farmacocinéticas (Tuiner, Verhoeven, 2001 citado por Bastos, 2006.)

Bastos (2006) también afirma que debido a la alta prevalencia de psicopatología en personas con discapacidad cognitiva y sus limitadas capacidades cognoscitivas y sociales, se requieren modalidades de tratamiento psiquiátrico modificadas. Pero a su vez, también propone que el mejor tratamiento para el RM es la prevención, la educación y la toma de conciencia de las personas en general acerca de la Discapacidad Cognitiva o Retardo Mental.

Basados en la intervención psicológica o psicoterapia con pacientes con RM; se ha demostrado que la terapia conductual para la modificación de conducta es efectiva para esta población, ya que se caracteriza por presentar dificultades cognitivas y limitaciones comunicativas. Para tener mejores resultados en la intervención se requiere de la terapia individual, grupal (en pacientes con mayor habilidad comunicativa) y familiar (García, 2006).

Es importante resaltar que en la terapia familiar, según Raheb, (2010) los objetivos terapéuticos deben ser consistentes con los objetivos del paciente y consonantes con los valores familiares; dichos objetivos normalmente incluyen el reconocimiento de las habilidades del paciente, evitando los sentimientos de culpa y sobreprotección por parte de la familia, apoyando la autonomía e independencia del niño o del adulto y proporcionando oportunidades para el éxito. En la terapia familiar es apropiado utilizar técnicas cognitivo-conductuales que permitan

identificar aquellas distorsiones cognitivas de la familia frente a las situaciones que viven con el paciente para modificarlas y recurrir a ideas más funcionales.

Cuando se trabaja con la familia de pacientes con RM y en especial con las madres, sienten que “están en su derecho”, es decir, poseen expectativas poco razonables de recibir un trato especial o la venia automática de sus expectativas, según Caballo, 1998. Es este sentido se hace difícil una intervención directa sobre los síntomas, sin embargo Beck y Freeman, 1990 (citado por Caballo, 1998) señalan que al abordar la problemática hay que centrarse en aumentar la responsabilidad conductual, disminuir las distorsiones cognitivas y el afecto disfuncional, formular nuevas actitudes, aumentar el comportamiento de reciprocidad y sensibilidad hacia los sentimientos de los demás, cooperar con los otros (profesionales, cuidadores y demás familiares) y asumir una parte del trabajo, desarrollar expectativas más razonables sobre los demás, mayor autocontrol de los hábitos y los estados de ánimo. Esto se aplica para los pacientes con Trastorno Narcisista de la Personalidad, pero estos objetivos terapéuticos son imprescindibles para las madres que tienen hijos con discapacidad cognitiva a la hora de trabajar mancomunado con la institución u hospitales día.

Durante el proceso terapéutico se debe dar pautas para que los familiares y los cuidadores controlen las crisis de la persona con RM, para ello García, et al. (2010) muestran el Plan Individual Integral que incluye una serie de pautas para un tratamiento en crisis (DSCM, por sus siglas en ingles), el propósito de estas

intervenciones consiste en: a) reducir la tensión emocional o física de la persona con la mayor eficacia y menor restricción posible; b) asegurar la protección del entorno (personas y propiedad); y c) terminar con el episodio de crisis de comportamiento cuanto antes en función de las necesidades de tratamiento de la persona.

Dicha intervención se centra en dos fases o momentos claves:

A). Enfoque integral:

1. Adaptación específica individualizada al entorno y al contexto social de la persona para minimizar o eliminar aspectos que puedan contribuir al problema de conducta (por ejemplo, ruptura de rutinas u horarios, ordenes o solicitudes, niveles de hiperactividad, entre otras)
2. Modificación de las interacciones sociales o ambientales de la persona con la intención de promover comportamientos prosociales específicos que planteen una alternativa a la crisis de comportamiento.
3. Identificación precoz de los signos de la crisis, para poder anticiparlos.
4. Diseño de estrategias proactivas de tratamiento. Qué hacer, y quién es la persona responsable, para intentar reducir o eliminar los antecedentes que puedan influir en el desencadenamiento de la crisis.

B) Tratamiento integral

1. Estrategias múltiples, incluido, el tratamiento farmacológico.
2. Responsabilidad específica del centro de salud (en este caso de la Asociación para un Mejor Futuro ELOGIOS), y si es el caso el uso potencial de la fuerza policial.

3. Procedimiento a seguir tras la superación de una crisis. Informar y apoyar tanto a la persona que presento el episodio como a sus compañeros, familia y personal involucrado en el caso.

4. una vez superada la crisis; el tratamiento realiza una modificación en los precursores socio-ambientales, sirviendo además como método de aprendizaje de habilidades de afrontamiento para futuras crisis.

El anterior método de intervención se apoya de otras técnicas que van dirigidas a los padres, cuidadores y personal de salud que trabaja con la persona con RM, realizando un proceso integrador y multimodal. Las técnicas expuestas en la tabla 1, planteadas por World Health Organization (2012), son útiles tanto para padres como cuidadores y requiere de la constancia de quien la aplica y la constante evaluación de los logros de los pacientes o estudiantes para mirar el progreso e identificar las dificultades que presente el sujeto ya que cada caso es diferente y requiere de un mayor grado de observación.

Técnica	Descripción
Premiar o refuerzo positivo	Premiar al niño siempre que se considere que realiza una buena acción, un premio puede implicar un aplauso, un “lo estás haciendo muy bien”. Esto ayuda a mantener las buenas conductas del niño.
Modelamiento	Mostrar al niño cómo una actividad en particular que se hace y animar al niño a iniciar la actividad es un poderoso método de enseñar un comportamiento

	nuevo. Esto es mejor que sólo verbalmente diciendo o instruir al niño.
Estructurar	Esto es que la enseñanza de una actividad, debe empezar de los más simple a los más complejo en un proceso que se acomode al ritmo del estudiante
Encadenamiento	Dividir una actividad como vestirse en varios pasos pequeños y secuenciales. Regresando a los primeros pasos, de ser necesario.
Orientación física directa	Si el niño no puede aprender por el modelado, se le puede enseñar la actividad, tomándolo de la mano y mostrándole cómo se realiza la tarea. Después de muchas repeticiones tal, la orientación física directa puede ser retirada lentamente para que el niño aprenda a hacer la tarea de forma independiente.
<i>Juego de Roles</i>	Permite al alumno ensayar en una situación controlada aquellas habilidades que se van a requerir posteriormente en situaciones cotidianas. Pasos: exposición de la situación a representar, distribución de papeles, representación y análisis de la misma.

Tabla 1: Técnicas conductuales para padres y cuidadores

Fuente: World Health Organization (2012)

Para un mejor resultado al aplicar las anteriores técnicas se utiliza el método ABA (Análisis Aplicado de la Conducta), el cual se caracteriza por un trabajo personalizado, se recomienda realizar la terapia en un ambiente natural, permite enseñar habilidades y actividades funcionales, mejor manejo de dificultades en

todas las áreas del desarrollo y asesoría a padres, familiares y personas cercanas al niño respecto de su desarrollo y manejo.

MÉTODO

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso, de tipo descriptivo con diseño no experimental, que incluye datos cuantitativos y cualitativos; el proceso terapéutico implementado estuvo regido por el código bioético y deontológico de la profesión del psicólogo, establecido en la Ley 1090 de 2006.

Participantes

Se realizó el estudio de caso con un joven con Retardo Mental, de 27 años de, género masculino y perteneciente a la Asociación para un Mejor Futuro ELOGIOS a su vez se realizó intervención terapéutica con la madre del paciente, de 56 años, de estrato socioeconómico 4, profesional ejerciendo en la actualidad y estado civil divorciada.

Instrumentos

Formato de Historia Clínica. Se indagó sobre variables sociodemográficas como edad, fecha de nacimiento, nivel socioeconómico, escolaridad; variables familiares como edad de los padres, ocupación, antecedentes de enfermedad médica o psicológica; variables relacionales como: relaciones familiares, figuras de autoridad, manejo de normas, conductas sociales. Se incluyó valoración multiaxial del DSM-IV (Ver anexo 2).

Entrevista semiestructurada: La entrevista incluía algunas preguntas que se fueron diseñando de acuerdo a las sesiones para interrogar a la madre del paciente sobre pautas de crianza, estipulación de horarios y normas dentro del hogar; otras preguntas estaban incluidas dentro del formato de Historia Clínica (ver anexo 2).

Observación: Técnica que consiste en observar atentamente la conducta problema, registrar la información y posteriormente analizar. La utilización de esta técnica tiene como objetivo determinar los factores antecedentes y consecuentes cuando se presenta la conducta problema dentro del ámbito institucional de Elogios, en su residencia u hogar, por demás la institución realiza apoyo médico; situación que permitió realizar observación extramural como es el caso de las citas medias. Se aclara que este método se utilizó tanto para las conductas problemas del joven JLOA y de la madre RJA

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI- Beck Anxiety Inventory): Creado por Beck en 1.988, con el objetivo de tener un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. (ver anexo 3)

Cuestionario de esquemas de Yung, YSQ-L2 (1999): Permite identificar los esquemas maladaptativos presentes en las personas. Young Schema Questionario Long Form - Second Edition (YSQ-L2). La prueba consta de 45 ítems

y evalúa 11 factores (esquemas). El marco teórico de referencia es la teoría de Young (1990) sobre esquemas y desarrollo esquemático. Consta de afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Los ítems puntúan según una escala de tipo Likers de 6 valores, representando la presencia de los esquemas. (ver anexo 4)

Inventario de Pensamientos Automáticos. (Ruiz y Luja, 1991): Destinado a determinar los errores o distorsiones cognitivas que las personas suelen tener. Consta de una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de valorar la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala tipo Likert de 0 a 3, desde “nunca pienso eso” hasta “con mucha frecuencia lo pienso.” (ver anexo 5)

Registro de pensamientos: Consta de un formato de autorregistro que el paciente debe desarrollar de acuerdo sus pensamientos frente a diferentes situaciones de su vida cotidiana. Dicho registro se debe realizar como tarea para la siguiente sesión terapéutica y permite que la persona evalúe y analice sus pensamientos e ideas frente a eventos que le pueden generar conflicto o malestar (ver anexo 6)

Procedimiento

Se hace un primer acercamiento a la institución Asociación ELOGIOS para conocer el caso clínico a tratar, el motivo de la intervención por parte de la institución y los objetivos y expectativas de la terapia. Una vez identificado el joven que presenta problemas de conducta se realiza un acercamiento a los docentes y

personal encargado del cuidado de este, para indagar sobre la conducta problemática observada, y la cual se va a intervenir, durante este tiempo.

Posteriormente se informa a la madre del paciente sobre el proceso de intervención, quien firma el Consentimiento Informado (ver anexo 1) y acepta participar en la investigación. Se diligencia la Historia Clínica y se realiza entrevista semi-estructurada para conocer información sociodemográfica, antecedentes familiares, sociales y de salud física y mental. La intervención se logró avanzar hasta 12 sesiones individuales con la mamá de JLOA; debido a que la madre interrumpió el proceso psicoterapéutico porque decidió retirar a su hijo del programa de atención integral en ELOGIOS. Se aplicaron pruebas psicológicas a la madre, observación al hijo y a la madre en diferentes actividades y contextos; el proceso se realizó paralelo con la madre y el hijo, también se efectuaron intervenciones con el personal a cargo del joven con problemas de conducta , a los cuales se les realizo entrevistas dirigida a confirmar lo observado y manifestado por la institución y la madre de este, con el objetivo de determinar factores predisponentes y estrategias que se utilizaban para evitar la conducta problema, de acuerdo a lo manifestado por ellos se estipulo realizar un cronograma de capacitaciones con metodología de talleres para fortalecer su labor.

A continuación se presentan los resultados de la intervención psicoterapéutica practicada al paciente JLOA y a su madre RJA, durante el periodo en que

estuvieron vinculados a la Asociación ELOGIOS. (Para proteger la identidad de los pacientes se utilizan siglas para una mayor confidencialidad).

Resultados y discusión

Al joven con problemas de conducta JLOA no se aplicaron batería de pruebas, por su nivel de lenguaje es escaso, lo que dificultaba dar respuesta a los ítems de las diferentes pruebas. La metodología utilizada fue observación directa como herramienta de investigación para indagar la conducta problemática y conocer factores predisponentes, y repertorio de respuestas. A la vez con la madre del joven JLOA, señora RJA, se aplicaron diferentes pruebas para comprobar los síntomas de ansiedad, se hace aclaración que el resultado de este test de Ansiedad de Beck fue invalidado debido a la calidad de las respuesta ya que en su gran mayoría fue 0 y 1, contrario a lo observado a nivel de los síntomas físicos que la señora deja ver o manifestaba dentro de la entrevista y psicoterapia . Más adelante se aplicaron otras pruebas para evaluar pensamientos y esquemas, con el objetivo de permitir un mejor análisis cognitivo y la forma como este se ve reflejado en su conducta. Para apoyar la evaluación si utilizó el auto-registro de pensamientos.

En este estudio de caso no se pudo aplicar pruebas postest que permitieran evaluar los cambios tras el tratamiento, debido a una interrupción de este por parte de la señora RJA, madre del paciente, pues decidió retirar al joven JLOA del proceso psicoterapéutico y llevarlo para su casa con el argumento de los costos altos que debe pagar por tener a su hijo dentro de Elogios.

A continuación se revelan los resultados de cada prueba y sus respectivos análisis los cuales permitieron llevar a cabo un diagnóstico psicosocial, de la señora RLA, madre del paciente, JLOA dentro de lo observado se planteo la siguiente hipótesis: hay conductas ansiosas de la madre y características de personalidad de esta que influyen en la conducta problema del joven JLOA.

Tabla 1. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck, aplicado el 5 de Julio de 2012.

	0	1	2	3
0. En absoluto				
1. Levemente, no me molesta mucho				
2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.				
3. Severamente, casi no podía soportarlo.				
1. Hormigueo o entumecimiento		X		
2. Sensación de calor		X		
3. Temblor de las piernas	X			
4. Incapacidad de relajarse		X		
5. Miedo a que suceda lo peor	X			
6. Mareo o entumecimiento	X			
7. Palpitaciones o taquicardia	X			
8. Sensación de inestabilidad o inseguridad física	X			
9. Terrores	X			
10. Nerviosismo		X		
11. Sensación de ahogo	X			
12. Temblores	X			
13. Temblor generalizado o estremecimiento	X			
14. Miedo a perder el control	X			
15. Dificultad para respirar.	X			
16. Miedo a Morirse		X		
17. Sobresaltos		X		
18. Molestias digestivas o abdominales	X			
19. Palidez	X			
20. Rubor facial	X			
21. Sudoración (no debida al calor)				X

Al observar la tabla de resultados según las respuestas dadas por RJA puntuaron 9, donde la mayoría de ítem las respuestas fueron 0 y 1; solo en el ítem 21 la puntuación marco 3; el rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media

en pacientes con ansiedad es de 25, (Steer, Clark, y Beck, 1998) (DE 11,4) y en sujetos normales 15, (Beck, Brow, Epstein y Steer, 1988) (DE 11,8). Somoza, Steer, Beck y Clark, (1994) han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman, Kooper, Barrios, Osman y Wade, (1997) en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una DE de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada.

Se podría afirmar que la prueba fue invalidada ya que muchos de las manifestaciones planteadas en el Inventario de Ansiedad de Beck fueron negados por la madre, ya que en la misma semana durante consulta o cuando se hacían los acompañamientos a las citas médicas del hijo, ella manifestaba varios síntomas de ansiedad.

Tabla 2. Valoración de las Respuestas del Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-I2.

ESQUEMAS	ÍTEMS QUE LO EVALÚAN	PUNTUACION TOTAL	PERCENTIL
Abandono (factor 1)	5-7, 9-11	7	7
Insuficiente Autocontrol o Autodisciplina (factor 2)	40-45	6	1
Desconfianza/abuso (factor 3)	12-16	5	1
Deprivación emocional (factor 4)	1-4, 8	8	30
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (factor 5)	17-20	4	1
Auto-sacrificio (factor 6)	23-26	19	90
Estándares inflexibles 1 (factor 7)	33-36	14	85
Estándares inflexibles 2 (factor 8)	30-32	16	94
Inhibición emocional (factor 9)	27-29	3	1
Derecho/grandiosidad (factor 10)	37-39	9	80
Entrampamiento (factor 11)	21-22	3	35

La tabla 2. permite ver los resultados de la prueba aplicada a RJA, el 31 de Agosto de 2012, con los percentiles de cada factor, donde los más altos fueron el factor 6 y 8, por encima del percentil 90; y los factores 7 y 10, por encima del percentil 80; los factores 4 y 11 están por encima del percentil 30 y los factores 1, 2, 3, 5, y 9 arrojaron un percentil entre 7 y 1.

Para la calificación del Cuestionario de esquemas de Young se tiene en cuenta la suma de los ítems de cada Factor (esquemas) obteniendo las puntuaciones directas. Dichas puntuaciones de cada uno de los esquemas, se convierten a percentiles, para establecer el límite de la presencia significativa del esquema, a partir del percentil 85. (Castrillón, 2005).

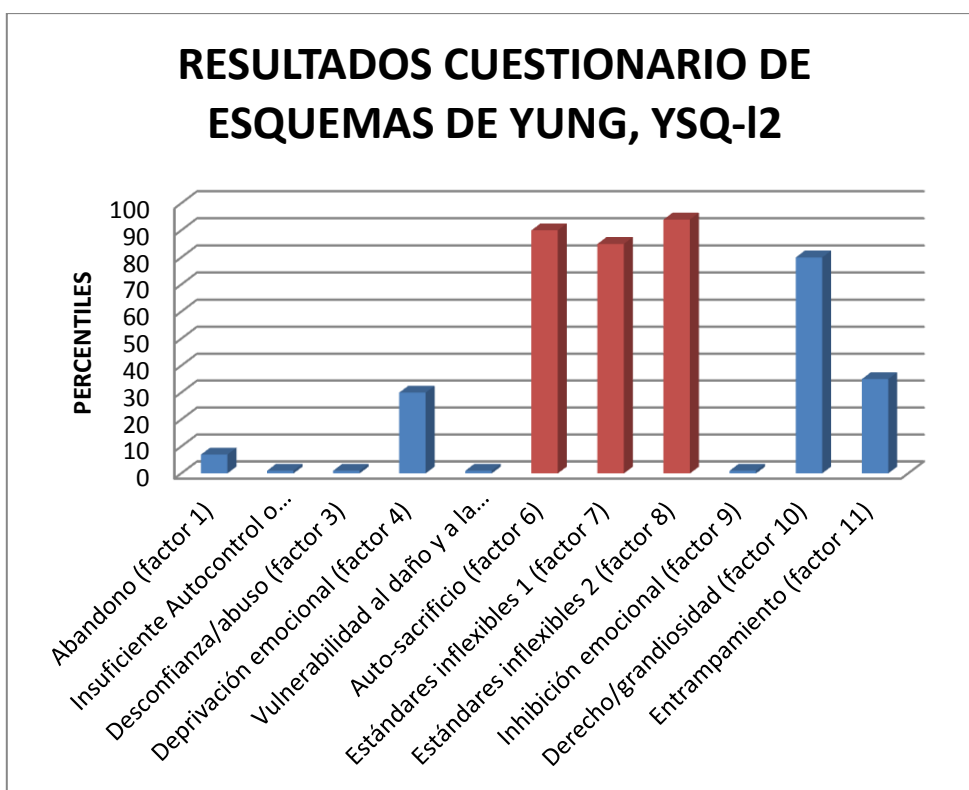


Figura 1. Valoración de respuestas del Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L2 en percentiles, aplicado a la paciente RJA el 31 de Agosto de 2012.

Los resultados de la prueba del Cuestionario de Esquemas de Young, YDS-I₂, aplicado a la paciente RJA se muestran en la figura 1; en ella se puede ver resaltado los factores (esquemas) presentes y los cuales se tuvieron en cuenta para abordar en la intervención.

Con relación a estos esquemas Young (1999) afirma:

Los estándares inflexibles/Hipercrítica: este esquema se refiere a dos creencias relacionadas. Los clientes creen que lo que ellos hagan , no es suficientemente bueno, deberían esforzarse siempre más fuertemente; y/o hay un excesivo énfasis de valores tales como el estatus, la riqueza, y el poder a expensas de otros valores tales como la interacción social, la salud o la felicidad. A menudo los padres de estos clientes nunca se sintieron satisfechos y dieron a sus hijos un amor condicionado a los logros excepcionales.

Auto-sacrificio: este esquema se refiere al excesivo sacrificio de las propias necesidades para ayudar a los demás. Cuando estos clientes prestan atención a sus propias necesidades, a menudo se sienten culpables. Para evitar esta culpa, ellos pusieron las necesidades del otro por encima de las suyas. A menudo los clientes con auto-sacrificio presentaron un sentimiento de incrementar su autoestima o una idea significativa de ayudar a los demás. En la niñez a la persona podría habersele hecho sentir sobre-responsable del bienestar de uno o ambos padres.

Estos esquemas maladaptativos caracterizan el pensamiento de la mamá, el cual se ve reflejado en su conducta, generándole malestar significativo en su vida diaria y generando un obstáculo para avanzar en la consulta. Dos de los factores que puntuaron por encima del percentil 85 fueron los Estándares Inflexibles 1 y 2, otro de los factores que arrojaron un percentil significativo, es el relacionado con el esquema de auto-sacrificio. Lo que puede ser un indicador al tener un hijo en “condiciones especiales” por el cual requiere encargarse de sus necesidades básicas y por ello lograr el reconocimiento de los demás.

Tabla 3. Valoración de las Respuestas del Inventario de Pensamientos Automáticos Ruiz y Lujan, 1991, aplicado el 20 de septiembre de 2012.

Tipo de distorsión	Preguntas	Puntuación total
FILTRAJE	1, 16,31	1
PENSAMIENTO POLARIZADO	2, 17, 32	0
SOBREGENERALIZACION	3, 18, 33	0
INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO	4, 19, 34	0
VISION CATASTROFICA	5, 20, 35	1
PERSONALIZACION	6, 21, 36	0
FALACIA DE CONTROL	7, 22, 37	0
FALACIA DE JUSTICIA	8, 23, 38	0
RAZONAMIENTO EMOCIONAL	9, 24, 39	1
FALACIA DE CAMBIO	10, 25, 40	0
ETIQUETAS GLOBALES	11, 26, 41	0
CULPABILIDAD	12, 27, 42	0
LOS DEBERIA	13, 28, 43	1
FALACIA DE RAZON	14, 29, 44	0
FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA	15, 30, 45	8

En la tabla 3 se muestran los resultados de la prueba aplicada a RJA, agrupados por distorsiones, de acuerdo con los resultados, una puntuación de 2 o más para cada pensamiento automático suele indicar que le está afectando actualmente de manera importante ese tema. En los esquemas: de pensamiento

polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, personalización, falacia de control, falacia de justicia, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad y falacia de razón su puntuación fue de cero (0); en los esquemas de: filtraje, visión catastrófica, razonamiento emocional y los debería, su respuesta dio un total de uno (1), lo que se considera, según la prueba, que no le afectan esos pensamientos en su vida.

Una puntuación de 6 o más en el total de cada distorsión puede ser indicativa de que el paciente tiene cierta tendencia a "padecer" o "sufrir" por determinada forma de interpretar los hechos de su vida. En este caso, la prueba muestra una puntuación de ocho (8) en el esquema de falacia de recompensa divina, siendo significativa esta puntuación para evaluar a la paciente.

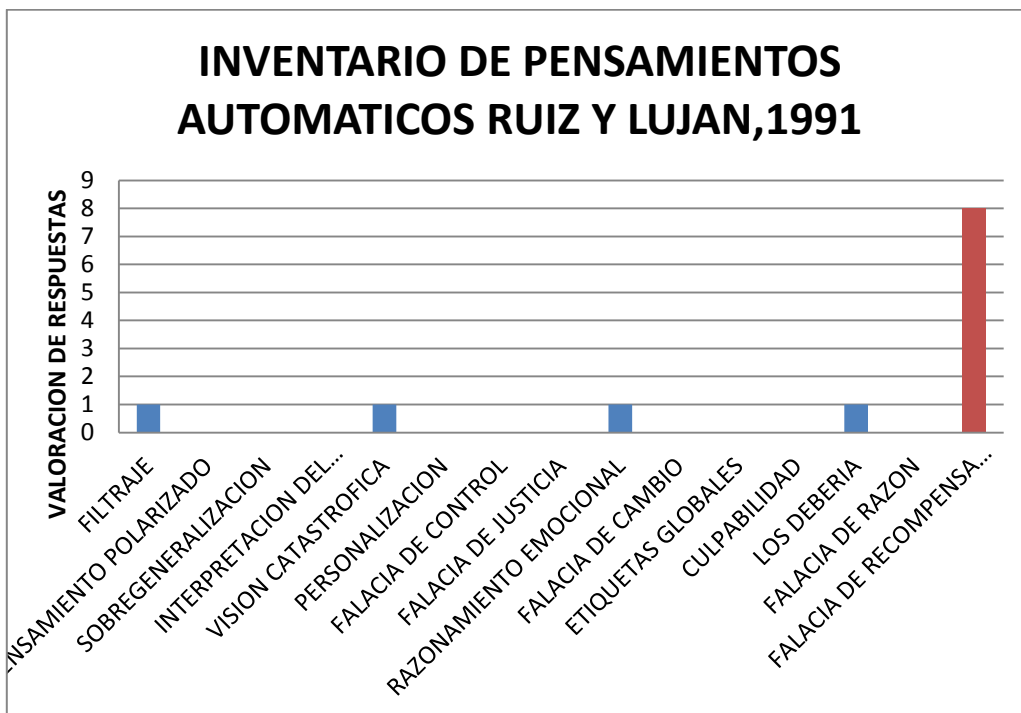


Figura 2. Valoración de respuestas del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Lujan, 1991, aplicado a la paciente RJA.

La figura 2 se puede observar el nivel que arrojó todos los esquemas en relación al esquema de falacia de recompensa divina, el cual es significativamente alta, lo que requirió mayor atención en este tipo de pensamientos y se relacionó con su situación de cuidar y velar por su hijo quien presenta un RM leve y otras enfermedades adyacentes. El enfrentar la situación de su hijo lo considera como un sacrificio y una prueba que debe superar de la cual, más adelante tendrá su recompensa, ya sea por parte de los demás, obteniendo reconocimiento o un premio divino.

Tanto la responsabilidad y sacrificio de cuidar a su hijo como su labor como docente y creadora de cuentos infantiles hace que se sienta como una mujer que debe superar una etapa difícil para más adelante recibir una distinción por su entrega y dedicación.

Tabla 4. Resultado de Auto-registro de pensamientos realizado por RJA.

REGISTRO DE PENSAMIENTOS						
1.Situación ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	2.Emociones a)¿Qué sentías? b) Estima cada emoción (0-100%)	3.Pensamientos automáticos (imágenes)¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma.	4.Evidencia que apoya el pensamiento de alta tensión.	5.Evidencia que no apoya el pensamiento de alta tensión	6.Pensamientos alternativos equilibrados Escribe un pensamiento alternativo equilibrado	Vuelve a estimar las emociones listadas en la columna 2 además de cualquier otra nueva (0-100%)
Enfermedad de JLOA y llevarlo a la clínica.	1.Angustia de verlo tan menguado. 40% 2.Impotencia de no poder ayudarlo 30% 3.Incertidumbre de su situación. 50%	1.Posible pérdida. 2.Deseos de tenerlo en casa. 3.Verlo en silla de ruedas postrado. 4.Que sufra algún ataque. (todos sus pensamientos son sobre su hijo)	1.Estado de ánimo real de JLOA. 2.Comentarios exteriores. 3.Condición de mi hijo en este momento. 4.Aceptar verlo en una camilla con suero.	Diagnostico de médicos y especialistas.	Soy consiente de su situación y estado real	1.Cada cosa ocurre para algo mejor. 20% 2.Detectar su condición sin alterar su situación 10%

Al pedirle a la paciente RJA que realizara un registro de sus pensamientos, como se ve en la tabla 4, se basó en la situación presentada al llevar a su hijo a la clínica y donde tuvo una crisis de autoagresión por lo cual los médicos debieron internarlo y sedarlo. La paciente no siguió llevando el auto-registro porque afirmaba que no tenía tiempo, ya que debía escribir sus cuentos y poesías para sus libros, además de calificar evaluaciones y transcribir los cuentos de sus estudiantes.

Las diferentes pruebas fueron aplicadas en el transcurso del proceso terapéutico, en el cual también se aplicaron técnicas cognitivo- conductual para los dos pacientes como se muestra en la tabla 5.; además se realizó capacitaciones al personal de la institución por parte de los profesionales de psicologías.

Tabla 5. Intervención cognitivo conductual con el paciente de ELOGIOS y con su mamá.

Sesión-fecha	Paciente	Objetivo	técnica	Respuesta del paciente a la técnica.
1. 05/06/12	JLOA	Observar las conductas del paciente.	Observación	Se tiene un primer acercamiento con el paciente durante las actividades lúdicas. El paciente es distante
2 06/06/12	JLOA y RJA	Observar al paciente y a su madre fuera de la institución	Observación	Se acompaña al paciente con su mamá a cita médica general. La mamá muestra síntomas de ansiedad en el recorrido hacia el consultorio: sudoración excesiva, tensión muscular, agitación, angustia excesiva expresada en frases como: “vamos a llegar tarde”, “que tal que haya trancón”, “si el carro me falla no logramos llegar a la cita”, “no voy a encontrar lugar para parquear”, “que tal que a mi hijo le dé una de sus crisis”.

				<p>La señora reza el rosario mientras va conduciendo para calmar su angustia.</p> <p>Al bajarnos del carro JLOA empieza a pedir comida y eso aumenta la ansiedad de la mamá.</p>
3. 08/06/12	JLOA	Observar el comportamiento del paciente antes de ir a su casa el fin de semana.	observación	<p>El paciente presenta episodios de ansiedad y auto-agresividad el día que va para su casa. Pide constantemente que le pongan la ropa para irse, al decirle que, "no es la hora de salida", se frustra fácilmente y se golpea la cabeza.</p>
4. 12/06/12	JLOA	Observar al paciente cuando llega a ELOGIOS el primer día de la semana	Observación	<p>El paciente llega somnoliento, no quiere realizar las actividades y se le permite ir a dormir; logra dormir todo el día.</p> <p>Se cita a la madre del paciente para consulta</p>
5. 13-15/06/12	JLOA	Observar al paciente en el transcurso de la semana durante las diferentes actividades	Observación	<p>El paciente realiza las actividades y sigue las indicaciones que le dan la docente y los cuidadores. El viernes antes de ir a su casa aparecen síntomas de ansiedad. (el 13 de junio se cita a la madre a la Institución pero no asiste, se justifica diciendo que tenía otros eventos y no le fue posible cancelarlos.)</p>
6. 19/06/12	RJA	Entrevistar a la madre del paciente para indagar antecedentes y aspectos socio-familiares (Historia Clínica) Informar a la madre sobre el proceso terapéutico, los	Entrevista semi-estructurada.	<p>Se firma consentimiento informado (ver anexo 1), se abre historia clínica (ver anexo 4) y se plantean objetivos terapéuticos. La madre del paciente acepta que su hijo sea intervenido y ella se compromete a iniciar psicoterapia. Se logró establecer empatía, la paciente suministro toda la información requerida.</p>

		compromisos y darle un reporte del comportamiento de su hijo.		
7. 04/07/12	JLOA	Entrevistar al personal de ELOGIOS para indagar sobre la conducta del paciente en la última semana	Entrevista semi-estructurada.	Los cuidadores de la institución reportan la conducta del paciente en las diferentes actividades. El lunes llega nuevamente somnoliento y duerme todo el día; del martes al jueves responde adecuadamente a las indicaciones de acuerdo a sus capacidades.
8. 05/07/12	RJA	Entrenar a la madre en técnicas conductuales para modificar la conducta de su hijo. Aplicar el Inventario de Ansiedad de Beck para evaluar síntomas de ansiedad.	Juego de roles. Aplicación de test. (Inventario de Ansiedad de Beck, ver anexo 5)	Por medio de la técnica de juegos de roles se le muestra a la paciente como puede aplicar las técnicas conductuales a su hijo y como responder a sus episodios de agresividad y ansiedad. Se le sugiere aplicar el castigo suave como tiempo fuera, pérdida de privilegios (en este caso, no tiene comida hasta que no trabaje en los ejercicios de lecto-escritura) y pedirle que haga pequeños quehaceres, como por ejemplo, ordenar el sitio de trabajo. En el segundo momento de la sesión se aplica el Inventario de Ansiedad de Beck (ver tabla 1).
9. 06/07/12	JLOA	Observar al paciente horas antes de irse para su casa.	Observación	El paciente tiene conductas auto-agresivas y ansiosas: preocupación constante por irse para la casa, sudoración, tensión muscular, agitación motora y frustración al decirle que no es hora de salida (se golpea fuertemente la cabeza contra la pared). Se le reporta a la madre la conducta del paciente y se cita para la siguiente semana.
10. 09/07/13	RJA	Analizar la conducta del	Reevaluación de los	Se realiza entrevista psicológica con la madre del

		paciente y plantear objetivos terapéuticos	objetivos terapéuticos.	paciente para analizar la conducta de su hijo en la institución y en la casa (los fines de semana), se hace una lista de chequeo con los objetivos terapéuticos planteados y las estrategias de solución, se analizan junto con la señora RJA los resultados y las nuevas metas o compromisos.
11. 10-13/07/12	JLOA	Evaluar por medio de la observación los cambios en la conducta del paciente	Reporte de los cuidadores y observación	Los cuidadores reportan el comportamiento de JLOA; se le aplican técnicas de refuerzo y castigo y se observan los cambios en su comportamiento.
12. 17/07/12	JLOA RJA	Acompañar al paciente a consulta para observar su conducta y la de su madre en otro contexto diferente a la institución.	Observación.	En la sala de espera el paciente pide comida, su mamá se tensiona y le pide "portarse bien"; la madre está pendiente de las demás personas que esperan en la sala y les explica que él es "especial". La señora RJA pide que atiendan a su hijo enseguida porque es "especial". En medio de la consulta la madre interrumpe para contarle al médico que ella escribe poesía y le obsequia un libro de su autoría. El médico no presta mucha atención y sigue examinando al paciente.
13. 24/07/12	JLOA RJA	Identificar los cambios de conducta del paciente antes y después de ver a su mamá.	Audio registro	En compañía de la trabajadora social se lleva al paciente a la consulta de psiquiatría. En la sala de espera se registra por medio de video la conducta de JLOA mientras llega la madre. Observación: el paciente está tranquilo, pregunta por la mamá, se le explica que ya viene y sigue tranquilo. Al llegar la mamá empieza a pedirle comida, se levanta del puesto y se muestra inquieto;

				la mamá se tensiona, se observa irritable. Durante la consulta la madre interrumpe para hablarle al doctor sobre sus libros y poesías.
14. 31/09/12	RJA	Analizar la problemática de la paciente y su hijo y buscar posibles soluciones.	Técnica de resolución de conflictos y Practica cognitiva.	Se analiza con la paciente las anteriores salidas al médico con su hijo, se identifica la situación que le genera malestar y se aborda a la paciente para que manifieste diferentes estrategias para solucionar su situación y decide cual es la más asertiva de acuerdo a sus prioridades en este momento. Por medio de ejercicios de imaginación se le pide a la paciente abordar su problemática; la paciente propone diferentes soluciones, se orienta hacia la respuesta más adecuada.
15. 09/08/12	RJA	Indagar sobre los aspectos relacionados con sus pensamientos, emociones y acciones. Examinar las condiciones de la vivienda y observar la conducta de RJA.	Autoafirmación es de enfrentamiento y observación en visita domiciliaria.	Se realiza la visita domiciliaria, se encuentra a la paciente ansiosa y tensionada, se confronta sobre sus síntomas. Durante la consulta se concluye que la paciente se Valora a sí misma como una persona culpable y cuestionada por sus familiares; ve un futuro inseguro por la enfermedad de su hijo y la incomprensión de las demás personas. Nota: La paciente afirma que las conductas auto-agresivas de su hijo las aprendió del padre, quien ante una frustración se golpeaba la cabeza. Se le propone a RJA citar al padre para corroborar la información.
16. 16/08/12	JLOA	Disminuir ansiedad y conductas de evitación	Refuerzo positivo y encadenamiento	Para disminuir la ansiedad por la comida se aplica la técnica de encadenamiento, por ejemplo: a medida que el

				<p>paciente espera en calma la comida se le sirve primero la sopa, si logra esperar y comer despacio se le sirve el principio; si presenta conductas agresivas o ansiedad no se le da el jugo, si por el contrario logra comer despacio se le dará el jugo como premio a su avance. Se logró aplicar la técnica por una semana mostrando avances significativos, sin embargo al empezar la siguiente semana se observó un retroceso en la conducta aprendida.</p>
17. 20/08/12	RJA	<p>Informar a la madre la conducta de su hijo y plantear compromisos</p>	<p>Reevaluación de los objetivos terapéuticos</p>	<p>Se le informa a la madre los diferentes cambios del comportamiento de su hijo, las técnicas aplicadas y como responde ante ellas.</p> <p>La madre expresa que se siente agobiada por “tantas quejas”. Por ejemplo, se le informo que el paciente evita las tareas de motricidad fina y pide ir al baño, al estar allí se sienta en el inodoro, se mece y se golpe la espalda hasta que rompió el tanque del baño. Se le pide a la madre alquilar un adaptador del baño para limitar la conducta de JLOA y a su vez protegerlo de una lesión.</p>
18. 22/08/12	Intervención con el padre de JLOA	<p>Corroborar la información familiar dada por la madre.} Comprometer a otros miembros de la familia en el proceso terapéutico de JLOA</p>	<p>Entrevista semi-estructurada.</p>	<p>Ayudados de la historia clínica, se corrobora la información sobre los antecedentes familiares y de salud mental de JLOA.</p> <p>Se encontró que la señora RJA mintió en algunos aspectos como los antecedentes psiquiátricos del padre o sobre su situación económica. Se le plantea al padre realizar una intervención con toda la familia para evaluar la problemática del paciente, y adquirir nuevos compromisos. El padre se</p>

				muestra dispuesto y sugiere ser el quien se encarga del adaptador del baño; pide además que se le informe periódicamente del proceso de su hijo.
19. 31/08/12	RJA	-Someter las ideas irracionales a juicio para convertirlos en ideas más flexibles y más adaptativos. -Evaluar los esquemas maladaptativos de la mamá que afectan su conducta. -Asesorar a la madre sobre nuevas técnicas para su hijo.	Dialogo socrático y aplicación del Cuestionario de Esquemas de Young (ver anexo 4). Se le pide a la madre aplicar la técnica de estructurar con la técnica del refuerzo.	Se confronta a la paciente sobre sus creencias. Una vez examinada sus ideas, se observa actitudes y deseos de modificación aplicando lo aprendido. Se aplica el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-12 (ver tabla 2 y figura 1). Al finalizar la sesión se le pide a la madre que cuando su hijo le pida comida no le diga "no"; en cambio, cada vez que pida comida le pide que haga algo antes, por ejemplo, recoger algo que esta tirado en el piso, lavarse las manos antes de comer y al lograrlo le puede dar comida. Nota: el padre y las hermanas de JLOA no han asistido a consulta.
20. 07/09/12	RJA	Identificación de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad.	Auto registros.	Se realizó el auto registro en casa para determinar que situaciones le causan malestar, cuales son los pensamientos, las emociones y la acción, dando como resultado unos pensamientos automáticos. La paciente accede a realizar las indicaciones en casa. (Ver tabla 4.)
21. 17/09/12	RJA	Evaluar los avances del proceso terapéutico.	Chequeo de los objetivos terapéuticos	La madre no asiste esa semana a consulta, según ella, porque tenía varios eventos en la semana relacionados con sus libros, preparación de eventos literarios con sus estudiantes y demás, hace un reporte por teléfono sobre la conducta de su hijo en la semana. La señora RJA

				<p>expresa que su hijo estuvo decaído porque se “escujó” lo cual le produjo diarrea, vomito, malestar general, desgano y pérdida del apetito; según la información de la mamá después de que lo sobaran se recuperó.</p> <p>No hay disposición del padre del paciente y no hay interés por parte de las hermanas.</p>
22. 20/09/12	RJA	Identificación de pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad.	-Auto-registro - Inventario de Pensamientos de Ruiz y Lujan, 1991. (ver anexo 6)	<p>Antes de la consulta, el paciente JLOA tuvo una crisis en la clínica donde fue a cita médica general con la mamá y una auxiliar de la institución. El paciente se auto-agredió golpeándose la cabeza contra un vidrio de una ventana (el vidrio se quebró y el paciente tuvo una pequeña herido en la cabeza); los médicos tuvieron al paciente en observación sedado hasta el día siguiente. Esta situación genero más angustia en la señora RJA; ella realiza el auto-registro basada en este episodio (ver tabla 4). Se aplica el inventario de Pensamientos de Ruiz y Lujan, 1991 (ver tabla 3 y figura 2).</p>
23. 27/09/12	RJA	Reflexionar sobre los factores generadores de las ideas irracionales y su incidencia en su estado emocional.	Flecha descendente	<p>Se realiza una intervención basada en preguntas, donde las respuestas llevan a la madre a darse cuenta del origen de las ideas y cómo esta situación específica tuvo un significado para ella de tal manera que generalizo una situación con todo un concepto de sí misma, afectando su autoestima y autoimagen de mujer sola y sacrificada. Una vez llegado al origen de la idea se le invita a replantear el concepto, a través de una nueva visión de la situación, para que sobre esto realice la reestructuración de las ideas</p>

				<p>irracionales.</p> <p>Nota: Al finalizar la sesión la madre desvía su atención en la preocupación por organizar una rueda de prensa para el lanzamiento de su próximo libro y prepararse para recibir unos premios que dan a los maestros (según, ella es seguro que se ganará y ya tiene listo el discurso de agradecimiento.)</p>
24. 10/10/12	RJA			<p>La señora RJA llega a la institución para informar que retira a su hijo de la institución. Se programa una próxima consulta para realizar el cierre del proceso.</p>
25. 26/10/12	RJA	Se finaliza el seguimiento de la terapia y se hace el cierre de la intervención terapéutica.	Seguimiento, recomendaciones terapéuticas y cierre del proceso terapéutico.	<p>Se indaga sobre los avances del tratamiento terapéutico y se dan indicaciones para abordar posibles situaciones conflictivas, se explora cual fue su experiencia dentro del proceso terapéutico y cuáles fueron las herramientas y habilidades adquiridas.</p> <p>Nota: La paciente no había asistido a consulta porque manifestó que no obtuvo el premio al cual estaba nominada y eso la llevo a un estado depresivo, que finalmente, según ella, logro superar.</p> <p>La señora RJA dice estar contenta por tener a su hijo en casa.</p>
26 22/03/13	JLOA	Seguimiento y Control del paciente.	observación	<p>La madre del paciente reintegra a su hijo a la Asociación ELOGIOS manifestando que ya no puede cuidar de él y no encuentra quien le ayude.</p> <p>En esta ocasión el paciente ya no entra como interno, es decir que es llevado todas las tardes para su casa en la ruta.</p> <p>El paciente JLOA llega con</p>

				<p>sobrepeso, utilizando pañal todo el día, dificultad para caminar, no va al baño solo, dificultad para asearse y para comer solo.</p> <p>Se inicia el proceso de adaptación del paciente con el personal de la institución.</p>
--	--	--	--	---

En la tabla 5 se puede ver el proceso que se llevó a cabo con el paciente JLOA y con su madre RJA. Durante la intervención se aplicaron diferentes técnicas tanto para realizar una valoración diagnóstico, como fue el caso de aplicación de test; la aplicación de técnicas psicoterapéuticas, como por ejemplo, técnica de resolución de conflictos y practica cognitiva, dialogo socrático, flecha descendente, refuerzo positivo, encadenamiento entre otras, con el fin modificar ciertas conductas desadaptativas que generaban malestar en el usuario de ELOGIOS y su madre. En el caso del joven JLOA las técnicas aplicadas fueron conductuales debido a su nivel de comprensión y a la prioridad por modificar sus conductas auto agresivo y agresivo. En cuanto a las intervenciones psicoterapéuticas realizadas a la señora RJA se tomo como referente técnicas cognitivas que permitieran modificar los esquemas maladaptativos que producían síntomas de ansiedad y agudizaban ciertos rasgos de personalidad narcisista.

Durante el proceso de intervención se logró realizar un diagnóstico de la madre del paciente por medio de la observación, entrevistas y aplicación de pruebas diagnósticas para así poder establecer los factores conductuales que afectaban el vínculo familiar y como la relación madre- hijo afectaba a los dos.

La madre decide interrumpir la intervención psicoterapéutica, como se dijo anteriormente, esto imposibilitó la aplicación de pruebas que permitieron evaluar los cambios en la conducta de los dos pacientes y poder hacerle seguimiento al caso.

Luego de unos meses el paciente es reintegrado a la institución, mostrando una pérdida de su nivel de funcionalidad, con más problemas de salud en los que se incluye el sobrepeso de 20 kilos, dificultando su movilidad y por ende su capacidad para caminar debido a su problema de cadera, ya que este se agudizó.

FORMULACIÓN CASO CLÍNICO JLOA

Realizado por: Ps. Milena Vesga Prada

Asesora: Ps. Amparo Duran Mosquera

Datos demográficos

Nombre: JLOA Edad: 27 años Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: Agosto 20 de 1984 Lugar: Bucaramanga

Escolaridad: Ninguna Ocupación laboral: Ninguna

Institución: ELOGIOS Fecha de ingreso a la institución: 18 de Enero de 2008

Acudiente: RJA Parentesco: Madre

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Descripción del motivo de consulta

El motivo de consulta del personal de la Asociación ELOGIOS, paciente que requiere intervención psicoterapéutica porque presenta problemas de conducta como autoagresión, no acepta la autoridad materna y no acata ordenes en

presencia de ella, manifestando además, ansiedad por la comida, los carros y cuando va para su casa.

Expectativas de la terapia

En primera lugar, lo que se busca con el paciente es poder modificar sus conductas de ansiedad específica (ir a casa, presencia de la madre, juguetes de carros y comida), para que sea más funcional tanto dentro de la institución como fuera y mejorar la relación con la madre (quien actualmente es su tutora)

En segundo lugar, al explorar la problemática del paciente cuando esta ante la figura de la madre, se observan conductas como; inquietud motora, auto demandante, impaciente, pierde control de esfínter (se orina en los pantalones) y se torna muy auto agresivo y sudoración excesiva; la señora madre, ante estos comportamiento muestra altos niveles de ansiedad como sudoración excesiva, temblor y tensión muscular, preocupación por no poder controlar la situación y miedo para lo cual recurre a rezar el rosario.

El objetivo de la institución es que la madre del paciente logre manejar su ansiedad y miedo ante su hijo.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Estado actual- evaluación sincrónica

El paciente es un joven, quien ingresa a ELOGIOS en Enero de 2008, con un diagnóstico de Retardo Mental Grave, presentando conductas auto- agresivas, agresiva y desadaptativas, no acataba ordenes, dependencia del cuidador (aseo personal, comer, vestirse, entre otros). Actualmente ha logrado ser más funcional, come, va al baño y se viste solo.

Al nacer presenta dificultades en el parto por la estreches de su pelvis, situación que lleva a que el niño tuviera sufrimiento fetal y además se ve afectado por toxoplasmosis; en los primeros meses del desarrollo, sus padres empiezan a notar retraso progresivo (caminar, hablar, no sostenía objetos, no sostenía la mirada) y cambios en su conducta (retramiento, llanto e irritabilidad) que los hace sospechar de un retardo mental. Además el paciente sufre de displasia de cadera por lo que requiere intervención quirúrgica y tratamiento.

El paciente actualmente va a controles médicos por psiquiatría, neurología, ortopedia y medicina general, debido a que las conductas problemas se mantienen.

Sus padres se separaron cuando el paciente tenía 15 años, quedando al cuidado de la madre, tiempo después la señora decide internarlo porque no logra manejar su conducta auto agresiva, agresiva y de ansiedad.

En la institución, el paciente permanece de lunes a viernes y los fines de semana esta con su mamá quien vive sola. Debido a que sus hijas se casaron. El papá vive fuera de la ciudad y tiene contacto muy pobre con el paciente; sus hermanas actualmente tienen poca relación con el joven debido a la permisividad de la madre para corregirlo, situación que les incomoda.

Se ha observado que cuando el paciente regresa de su casa es más somnoliento y cansado, y a medida que transcurre la semana está más alerta y despierto, llegando a participar de las actividades programadas en la institución (actividades lúdicas y pedagógicas), al llegar el viernes aparecen síntomas ansiosos como: tensión muscular, sudoración excesiva, inquietud motora, deseo de ir al baño, incontinencia urinaria, y conducta compulsiva manifestada en preguntar cada minuto si se va para la casa, aumento de los niveles de frustración, presenta conductas auto-agresivas.

En entrevista con la madre, manifiesta que su hijo cuando llega a casa le pide comida y ella no tiene control ni horario para darle de comer y accede a las peticiones de su hijo para que no se vuelva auto agresivo. Durante la estadía en su casa tampoco hay horarios de sueño (por lo general se acuesta tarde en la noche y se levanta alrededor de las 6:00 a.m. a pedir comida). La residencia donde vive es de tres pisos y tiene una terraza donde el paciente pasa la mayor parte del tiempo mirando hacia la calle los carros y gente que pasa, la madre le pone pañal y el joven no asiste al baño cuando está en el hogar.

DOMINIOS

EMOCIONAL/AFFECTIVO

El paciente expresa sus emociones, en especial cuando se encuentra feliz o frustrado, por ejemplo, para expresar enojo, cuando no se le da lo que quiere responde golpeando cosas o auto-agrediendo (puños en el pecho y golpes en la cabeza). Le gusta que lo feliciten y lo refuercen constantemente resaltando su buen comportamiento.

Cuando quiere conseguir algo como comida, carros de juguete o ir a su casa, hace pequeñas pataletas pero en especial cuando quiere ir a su casa las pataletas han sido más intensas (daña la puerta, se golpea la

cabeza contra la pared, se tira al piso, le da puños a la mesa, se aferra a los esquineros de la pared, hasta que se tranquiliza solo después de ver que no consiguió lo que quería.

Sus relaciones afectivas se limitan a su madre quien es la única persona en su familia que lo visita y pasa con él los fines de semana.

COGNOSCITIVO/VERBAL

Ha mejorado su nivel de aprendizaje, reconoce los objetos por su nombre, identifica los números y sabe la secuencia, sabe los colores y reconoce algunas letras.

Su atención es dispersa en ocasiones cuando se encuentra somnoliento pero cuando está alerta responde a las órdenes e indicaciones.

Su lenguaje es poco fluido pero se esfuerza por pronunciar y pedir lo que quiere, responde a las preguntas que se le hacen con monosílabos o frases cortas.

Reconoce el lugar donde se encuentra y percibe en la situación en la que está (actividad pedagógica, comiendo, hora de dormir, entre otras).

INTERACCION SOCIAL

En su grupo de trabajo, reconoce a las personas con las que está, interactúa con sus compañeros y está atento a lo que ellos hacen; además, reconoce la figura de autoridad y acata las órdenes cuando se le da.

Se relaciona de forma adecuada con el personal de la institución durante las actividades cotidianas excepto el viernes cuando se acerca la hora de irse para su casa.

Fuera de la institución interactúa con su mamá pero cuando hay personas extrañas busca llamar la atención pidiendo comida o carros de juguete.

REPERTORIOS RELACIONADOS CON SALUD-ENFERMEDAD.

Perinatales: Hipoxia, toxoplasmosis

Posnatales: toxoplasmosis

Otras enfermedades: displasia de cadera (osteotomía varizante femoral bilateral)

Medicamentos: Fluoxetina 20 mg, levomepromazina 100 mg, Acido Valproico 250 mg, Ca calcio 600 mg, Clozapina 100 mg, Acido Fusidico al 2%, Ciproterona 50 mg, Lorazepan 2 mg y Bisocodilo 5 mg.

CONTEXTOS	DESCRIPCION
ACADEMICO/LABORAL FAMILIAR	No hay El paciente es el segundo de tres hermanos y único varón, sus hermanas están casados y viven en sus respectivos hogares; no tienen ningún tipo de interacción familiar con el paciente debido a las conductas de este. El padre se fue de la ciudad cuando se separó y la madre no permite que este se relacione con joven, el señor llama esporádicamente a hablar con el hijo, está pendiente de su bienestar. La madre se molesta y manifiesta que ella desea solo responder por el cuidado de su hijo. Cuando se le pregunta las posibles causas de la conducta del paciente argumenta que son heredadas del padre, el señor actualmente está sufriendo de Parkinson. (luego de entrevista con el padre niega tener antecedentes psiquiátricos.)
PAREJA/SEXUAL	No tiene pareja. A nivel sexual suele masturbarse compulsivamente y es controlado con medicamento.
CONDICIONES AMBIENTALES	Está en modalidad semi-interno en la Asociación ELOGIOS en excelentes condiciones ambientales. Los fines de semana está en su hogar, es una casa de tres pisos; por su condición física, por las secuelas de la displasia de cadera, su madre ha decidido cambiar de domicilio en los próximos meses a una vivienda adecuada a las condiciones de salud física y mental de su hijo.

Evaluación diacrónica

El paciente presenta problemas de conducta, ya que es auto agresivo cuando quiere conseguir algo, presentando baja tolerancia a la frustración, manifestando síntomas de ansiedad específica hacia a la comida, los carros y querer ir a su casa.

Su madre es el único vínculo afectivo que tiene, observando que ella aumenta los niveles de ansiedad del joven debido a las conductas de ansiedad de ella, las cuales controla dándole al paciente lo que este solicita, para manejar su comportamiento arrojando un resultado negativo porque de todas maneras JLOA se desestabiliza y agudiza los síntomas.

El paciente responde muy bien al programa de la institución pero cuando se relaciona con su madre se evidencia un retroceso en su conducta.

Evaluación multiaxial

Eje I: Trastorno de ansiedad específico

Eje II: F71.9 Retraso mental leve [317]

Eje III: Displasia de cadera

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: 40 (actualmente)

ANÁLISIS EXPLICATIVO

Formulación de hipótesis:

PROBLEMAS	HIPÓTESIS	VALIDACIÓN
- Ansiedad específica.	El día que él va a su casa (los viernes) presenta síntomas de ansiedad (tensión muscular, sudoración excesiva, aceleración del ritmo cardíaco, preocupación por irse para su casa, entre otras), ya que en su casa puede tener lo que quiere como comida y carros y no hay normas ni horarios.	Para recolectar la oportuna información y validar las hipótesis planteadas se utilizó la entrevista con la madre del paciente, reporte del comportamiento por parte de los profesionales de la institución y la observación directa al paciente en su entorno institucional.
- El primer día de la semana el paciente llega cansado, somnoliento y duerme la mayor parte del día	En su casa no hay control de sueño y comida, el paciente puede hacer lo que quiera y no hay control de conductas por lo que llega cansado y con sueño.	<p>CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES:</p> <p>1. Durante la semana es más funcional y responde a las indicaciones que se le dan, permanece tranquilo, pero cuando se acerca la hora de ir a su casa se observan síntomas de ansiedad.</p>

-Baja tolerancia a la frustración	<p>Cuando se le niega algo que el paciente quiere, responde golpeando objetos o auto-agrediéndose por lo que no controla sus impulsos y emociones.</p> <p>Su madre ha manifestado hace poco que el padre hacía lo mismo (golpes en el pecho o en la cabeza, golpes a objetos) cuando se sentía frustrado o algo le salía mal.</p>	<p>2. Cuando esta con su mamá no acata órdenes y le exige comida y que le de carros. Su mamá accede fácilmente.</p> <p>3. Al llegar de su casa se observa somnoliento, cansado y llega a dormir casi hasta el otro día.</p> <p>4. Cuando la mamá esta en sitios públicos con el paciente, ella se observa ansiosa y muy tensionada.</p> <p>5. Se le hacen recomendaciones a la madre para modificar la conducta de su hijo y ella muestra resistencia.</p>
- Problemas con el grupo primario de apoyo	<p>Su familia se ha alejado al ver que no pueden controlar la conducta del paciente y seguramente porque su madre no los deja intervenir</p>	<p>6. Las hermanas y el papá del paciente se han alejado porque sienten que es difícil estar con el paciente (según cuenta la madre).</p>
- Poca adherencia al tratamiento	<p>Por la enfermedad de la cadera del paciente, la madre ha victimizado a su hijo, por lo que ella no ha logrado aceptar el tratamiento y servir de apoyo en la intervención terapéutica de su hijo.</p>	

Hipótesis explicativa:

El paciente con RM presenta y mantiene una serie de conductas desadaptativas, al no obtener lo que desea, además de los síntomas autoagresivos y déficit en la relación con su madre quien actúa frente a su hijo complaciente y ansiosa. Este hecho hace que los síntomas de ansiedad aumenten en el paciente manteniendo el **Trastorno de Ansiedad Específica** a la comida, los carros y a ir a su casa.

También se observa un Trastorno de ansiedad generalizado en la madre, diagnóstico que hasta ahora se está realizando por parte de la profesional en práctica, de acuerdo con las observaciones vistas durante la entrevista, acompañamientos médicos y los datos que relata de su historia de vida.

Se recomienda iniciar un proceso terapéutico con la madre del joven dirigido a modificar ideas maladaptativas; además, entrenarla en técnicas conductuales que pueda aplicarlas en LJOA, para que este disminuya las conductas auto agresivas, así mismo, que reconozca la importancia de su colaboración y apoyo en el manejo terapéutico del paciente ya que existe una polaridad de manejos en la institución y hogar, por otra parte buscar un acercamiento de la familia nuclear del joven para que estos apoyen el proceso de JLOA, a su vez poder realizar un diagnóstico de la salud mental de la madre para determinar de qué forma su salud mental dificulta la interacción con su hijo.

PLAN DE INTERVENCIÓN

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
➤ Evaluar y diagnosticar a la madre del paciente para establecer un plan de intervención.	✓ Aplicación de pruebas psicológicas para realizar un diagnóstico.
➤ Entrenar a la madre en técnicas conductuales que pueda aplicar al paciente	✓ Realización del autorregistro para determinar que situaciones le causan malestar, cuales son los pensamientos, las emociones y la acción.
➤ Promover la retroalimentación de los pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas.	✓ Auto-detección de ideas irracionales.
➤ Identificar la situación que le genera malestar e inducir a la paciente a una solución asertiva de su problemática.	✓ Autoafirmación de enfrentamiento.
	✓ Enseñar a la madre técnicas conductuales como modelamiento, refuerzo o castigo de conductas, juegos de roles, entre otras para que ella pueda aplicarlas con su hijo.
	✓ Seguimiento y control terapéutico.

FORMULACIÓN CASO CLÍNICO RJA

Realizado Por: Ps. Milena Vesga Prada

Asesora: Ps. Amparo Duran Mosquera

Datos demográficos

Nombre: RJA Edad: 56 años Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: Agosto 30 de 1956 Lugar: El Guacamayo

Escolaridad: Licenciada Ocupación laboral: Docente - Primaria

Institución: ELOGIOS Fecha de ingreso a la institución: 18 de Enero de 2008 (hijo)

Contacto: SMOA Parentesco: Hija

ANALISIS DESCRIPTIVO

Descripción del motivo de consulta

El motivo de consulta del personal de la Asociación ELOGIOS, la paciente requiere intervención psicoterapéutica ya que se ha observado rasgos de su personalidad que afectan su papel como cuidador de su hijo, su hijo presenta crisis de autoagresión en presencia de ella, lo que le genera a RJA ansiedad.

De acuerdo con el motivo de consulta de RJA es “poder tener estabilidad en el manejo de mi hijo”.

Expectativas de la terapia

El objetivo de la intervención es poder controlar los niveles de ansiedad como sudoración excesiva, temblor y tensión muscular, preocupación por no poder controlar las situaciones que presenta la señora RJA con su hijo; para que pueda centrarse en el cuidado de su hijo y mejorar su relación familiar. Además, se busca que la paciente aplique pautas de crianza y de control de la conducta de su hijo evitando que sea permisiva y complaciente, mostrándose más como figura de autoridad.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Estado actual- evaluación sincrónica

La paciente es una señora de 56 años, quien interna a su hijo en la asociación ELOGIOS en Enero de 2008, con un diagnóstico de Retardo Mental Leve, presentando conductas auto- agresivas y desadaptativas.

La señora es hija única, su madre queda embarazada a los 46 años, es criada en una familia tradicional bajo principios católicos. Estuvo casado 25 años y vivió la mayor parte de su vida en el Guacamayo, un pequeño pueblo de Santander.

Actualmente RJA está separada (hace ocho años), vive sola y comparte los fines de semana con su hijo, quien presenta Retardo Mental. Ella es madre de tres hijos; su hijo mayor y dos hijas que están casadas y con quienes tiene una relación distante. La paciente trabaja en educación primaria como docente y en su tiempo libre escribe poesía, organiza obras literarias con sus estudiantes y hace audio libros.

Se ha observado que cuando el hijo de la paciente esta solo o acompañado del personal de la institución, está tranquilo y acata órdenes pero en presencia de la paciente, quien es su mamá, aparecen síntomas ansiosos como: tensión muscular, sudoración excesiva, inquietud motora, le pide comida de forma compulsiva, aumento de los niveles de frustración, presenta conductas auto-agresivas. La conducta de su hijo hace que la paciente también presente síntomas de ansiedad como sudoración excesiva, temblor, tensión muscular, preocupación por no poder controlar la situación, aparecen verbalizaciones: “la situación va a empeorar”, “mi hijo está cada vez peor”.

En entrevista con la madre, manifiesta que su hijo cuando llega a casa le pide comida y ella no tiene control ni horario para darle de comer y accede a las peticiones de su hijo para que no se vuelva auto agresivo. Durante la estadía en su casa tampoco hay horarios de sueño (por lo general se acuesta tarde en la noche y se levanta alrededor de las 6:00 a.m. a pedir comida). Entre semana cuando no está su hijo, ella aprovecha el tiempo libre para escribir poesía, para calificar evaluaciones, transcribir los cuentos de sus estudiantes para publicarlos en internet, organizar obras literarias para presentarlas en el colegio o en la Casa del Libro donde tiene un espacio para sus presentaciones. La paciente manifiesta que no le alcanza el tiempo, duerme poco, se acuesta en la madrugada (entre 1:00 a.m.- 2:00 a.m.), y se levanta temprano, durante el día se siente cansada y sin energías. Su alimentación no es adecuada ya que dice que en ocasiones no desayuna y almuerza a las 11:30 a.m. porque entra a trabajar al medio día.

Los fines de semana cuando esta con su hijo, dice que él no la deja trabajar porque le exige que este con él y todo el tiempo le pide comida, que lo lleve a pasear o que lo acompañe a ver televisión.

La relación con su hija menor ha sido conflictiva y distante, la hija vive con su esposo en otra ciudad. Con su hija mayor la relación es distante a pesar de que viven cerca, sus encuentros son constantes pero no es estrecha la relación, la paciente argumenta que es porque su hija vive ocupada y no le gusta cuando esta con su hijo porque piensa que la madre es muy permisiva. Por otra parte la relación con su exesposo es distante y conflictiva, el señor vive en otro municipio y tiene otra familia, RJA dice que el padre de sus hijos solo le ayuda económicamente y no se compromete con su hijo que esta interno.

DOMINIOS

EMOCIONAL/APECTIVO

La paciente le gusta expresar sus sentimientos de alegría, busca la aprobación de los demás y que la feliciten por sus resultados en la elaboración de libros y presentaciones en internet o en espacios públicos como el colegio o la Casa del Libro.

Dice sentirse sola y que no cuenta con el apoyo de su familia, expresa sentimientos de auto-sacrificio y victimización en su papel como madre.

Manifiesta tristeza por el deterioro en la relación con su hija menor, a quien le ha escrito varias poesías, hay llanto cuando habla de ella y de los conflictos que tuvieron en el pasado.

La paciente dice que tiene buenas relaciones laborales, que tiene la "admiración" de sus compañeros y padres de familia por su labor como docente y "poetisa". Sin embargo agrega que sus compañeros le tiene envidia y poco le colaboran en sus actividades extracurriculares, que solo un compañero la acompaña a sus presentaciones pero solo hace acto de presencia.

Hace unos meses estuvo en un grupo de caminantes, donde manifestó sentirse a gusto y encontró buenas amistades pero actualmente sus encuentros son esporádicos.

Sus relaciones afectivas familiares se limitan a su hijo con quien comparte los fines de semana y su hija que vive en la ciudad, maneja un restaurante, está casada

y tiene dos hijos lo cual, según la paciente, su hija tiene poco tiempo para dedicarle a ella.

COGNOSCITIVO/VERBAL	<p>La paciente tiene un nivel de educación profesional, labora actualmente, y su tiempo libre lo dedica a la producción de obras literarias y poesías. Su expresión verbal es muy narrativa, su conversación se mantiene en diversos temas, cambia de tema de conversación fácilmente y no se centra en un solo asunto, presenta atención dispersa y difícilmente atiende a las indicaciones que se le dan.</p> <p>Cuando se habla sobre su hijo o de algún otro tema, ella interrumpe la conversación para hablar sobre presentaciones y libros.</p>
INTERACCION SOCIAL	<p>En su lugar de trabajo, Se relaciona de forma adecuada con sus compañeros y padres de familia de sus estudiantes, según la información de la paciente.</p> <p>Hizo parte de un grupo de caminantes que se reunían los fines de semana para realizar caminatas extensas por diferentes partes del país. Actualmente no participa del grupo porque dice que debe cuidar a su hijo. Relación distante con su familia.</p>
REPERTORIOS RELACIONADOS CON SALUD-ENFERMEDAD.	<p>Fibromialgias, artrosis de rodilla, retrospección uterina (presentó dificultad en los partos de sus hijos) e hipotiroidismo: tratamiento con levotiroxina 100 mg.</p> <p>Duerme poco, cansancio durante el día y no hay hábitos de alimentación saludable (en ocasiones no desayuna).</p>

CONTEXTOS	DESCRIPCION
ACADEMICO/LABORAL	<p>Estudio su primaria y bachillerato en un colegio de monjas, aprendió a leer y escribir a los 4 años, tuvo dificultades para adaptarse escolarmente.</p> <p>Participaba en obras de teatro y fue deportista en el periodo escolar.</p> <p>Es licenciada y posgrados en educación infantil.</p> <p>Actualmente trabaja como docente de 5° en un colegio público y es pensionada del magisterio.</p>
FAMILIAR	<p>La paciente es hija única, sus padres fallecieron; actualmente es separada, vive sola, los fines de semana esta con su hijo mayor, con sus hijas tiene una relación distante.</p>

PAREJA/SEXUAL	Actualmente no tiene pareja.
CONDICIONES AMBIENTALES	Vive en una casa de tres pisos, con buenas condiciones ambientales y su lugar de trabajo está cerca de su casa. Hace poco compro un apartamento considerando vivir en un espacio que no requiera subir escaleras por comodidad de ella y de su hijo.

Evaluación diacrónica

La madre de JLOA manifiesta preocupación excesiva cuando tiene que salir de su casa, no poder llegar a tiempo a algún sitio, temor a que se le descomponga el carro o que haya trancón, miedo a no poder controlar la conducta de su hijo cuando salen de su casa. De igual forma, muestra sudoración excesiva, tensión muscular, agitación motora.

Por medio de entrevista y observación directa se ha detectado en la paciente rasgos de personalidad como por ejemplo, cuando llega a un lugar o conoce a alguien muestra sus libros y recortes de periódico donde hablan de sus presentaciones literarias, busca la aprobación de los demás, resalta sus logros como docente, se muestra como una madre sufrida y sacrificada por tener un hijo “especial” y haber sacado adelante a sus hijas, no acepta la crítica y manifiesta que los demás le tienen envidia y no les gusta lo que ella hace por envidia.

Durante las sesiones escucha las indicaciones y observaciones pero siempre justifica sus acciones y expresa no tener la necesidad de cambiar, que se siente bien como es, que siempre ha sido una persona brillante e inteligente y que ha sido capaz de salir adelante ella sola.

EVALUACION MULTIAXIAL

Eje I: Trastorno de ansiedad generalizado []

Eje II: F71.9 Trastorno de Personalidad Narcisista [318.0]

Eje III: Fibromialgias, artrosis de rodilla e hipotiroidismo

Eje IV: Problemas relativos al ambiente social.

Eje V: 85 (actualmente)

ANALISIS EXPLICATIVO

Formulación de hipótesis:

PROBLEMAS	HIPÓTESIS	VALIDACIÓN
- Ansiedad generalizada	cuando tiene que salir de su casa, cuando se tiene que desplazar en su carro, cuando esta con su hijo, cuando su página web no funciona bien, cuando tiene que entregar las notas de los estudiantes o cuando tiene que preparar alguna obra de teatro con sus estudiantes son situaciones que generan el miedo a perder el control, por lo que aparecen síntomas de ansiedad.	Para recolectar la oportuna información y validar las hipótesis planteadas se utilizó la entrevista, visita domiciliaria, observación directa a la paciente y aplicación de pruebas psicológicas. CONDUCTAS CLÍNICAMENTE RELEVANTES:
- sensación de no tener un sueño reparador, cansancio y agotamiento.	En su casa no hay control de sueño, se acuesta en la madrugada o se despierta varias veces en la noche y se levanta a seguir escribiendo, por lo que permanece cansada durante el día.	1. Cuando esta con su hijo se observa tensión muscular, sudoración excesiva, temor a que su hijo no le obedezca, aumentando los niveles de ansiedad
- No acepta la crítica	Cuando se le hace la observación de que algo está haciendo mal o que tiene que cambiar sus hábitos y conductas, se justifica y muestra malestar.	2. Cuando esta con su hijo, siente miedo a que el no acate sus órdenes. Ella accede fácilmente a sus peticiones. 3. Busca la aprobación de los demás, centra sus conversaciones en sus poesías y libros.
- Problemas con el grupo primario de apoyo	Su familia se ha alejado al ver que no pueden controlar la conducta de su hijo y seguramente porque ella es quien sugiere como intervenir y como se deben hacer las cosas.	4. Dedicar la mayor parte del tiempo en escribir poesías y en transcribir los cuentos de sus estudiantes para realizar libros, en su página web y en audiolibros, se acuesta tarde y se levanta con la sensación de cansancio.
- Poca adherencia al tratamiento	La paciente victimiza a su hijo y expresa que la conducta de su hijo no es	5. Se le hacen recomendaciones para modificar la conducta de su hijo y ella muestra resistencia. 6. Las hijas y el exesposo de la paciente se han alejado porque

por influencia de ella sino porque el “pobrecito está enfermo”, por lo que ella no ha logrado aceptar el tratamiento y servir de apoyo en la intervención terapéutica.

sienten que es difícil estar con ella, hay una relación distante por su actitud permisiva con su hijo.

Hipótesis explicativa:

La paciente presenta y mantiene una serie de conductas, motivado por un encadenamiento de ideas irracionales, quien por una parte victimiza, minimiza y culpabiliza a los otros de ser los desencadenantes de las conductas de su hijo por no darle gusto o entender que es “un niño diferente”, a su vez al no poder controlar la situación conductual cede ante los caprichos de su hijo. Este hecho hace que su hijo aumente su conducta de autoagresión y agresiva en presencia de su mamá, los síntomas de ansiedad aumenten en los dos (madre e hijo).

Presentando en la paciente un **Trastorno de Ansiedad Generalizado** siendo más notorio ante la presencia de su hijo, cuando tiene que salir en el carro, ir a una cita, presentar resultados en su trabajo, o que la tenga que evaluar; diagnóstico que se ha venido corroborando de acuerdo con las observaciones realizadas durante las entrevistas, acompañamientos médicos, aplicación de pruebas y los datos que relata de su historia de vida.

Se ha evidenciado además un **Trastorno de Personalidad Narcisista**; al ver que siempre busca la admiración y aprobación de los demás, siempre está resaltando que es una persona inteligente y toda su vida ha sido brillante en todo lo que hace, se indispone ante la crítica, resalta su labor como madre al tener un hijo especial o con retardo mental, siente que los demás le tienen envidia por sus logros. Durante la consulta justifica sus conductas y no acepta realizar cambios en sus hábitos o forma de pensar.

PLAN DE INTERVENCIÓN

OBJETIVOS	ACTIVIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar y diagnosticar a la madre del paciente para establecer un plan de intervención. ➤ Detectar los pensamientos automáticos, emoción y acción relacionados con la problemática actual del paciente. ➤ Entrenar a la madre en técnicas conductuales que pueda aplicar al paciente ➤ Promover la retroalimentación de los pensamientos que refuerzan cogniciones apropiadas. ➤ Identificar la situación que le genera malestar e inducir a la paciente a una solución asertiva de su problemática. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación de pruebas psicológicas para realizar un diagnóstico. ✓ Realización del autorregistro para determinar que situaciones le causan malestar, cuales son los pensamientos, las emociones y la acción. ✓ Auto-detección de ideas irracionales. ✓ Autoafirmación de enfrentamiento. ✓ Seguimiento y control terapéutico.

La práctica también se dirigió a los profesionales encargados del cuidado y enseñanza de los pacientes de ELOGIOS, lo cual estuvo a cargo de los tres practicantes, los psicólogos: Milena Vesga Prada, Juan Pablo Pimiento y Omar Torrado.

Tabla 6. Capacitación sobre técnicas cognitivo conductual para el personal de la Asociación ELOGIOS.

Sesiones	Fecha de realización	Objetivo
Primera Sesión	24 Septiembre de 2012	Indagar las problemáticas y estrategias presentes en la labor de los cuidadores.
Segunda Sesión	11 Octubre de 2012	Sensibilizar a los cuidadores sobre la relevancia de su labor en relación con los jóvenes.
Tercera Sesión	13 Noviembre de 2012	Socializar técnicas de control conductual.
Cuarta Sesión	19 Noviembre de 2012	Socializar el Análisis Aplicado de la Conducta (ABA).
Quinta Sesión	26 Noviembre de 2012	Socializar técnicas de intervención en jóvenes con dificultades cognitivas.

La capacitación, comprendida en diferentes sesiones permitió un acercamiento al personal, analizar los diferentes casos de la institución y discutir diferentes estrategias de intervención que podrían ser útiles para cada paciente. La tabla 6 comprende los objetivos alcanzados en cada intervención y las herramientas que se le pudieron brindar al personal, muchas de las cuales ya se aplicaban pero se pudo actualizar y replantear los objetivos terapéuticos para algunos casos críticos de la institución.

CONCLUSIONES

Según los resultados de la práctica clínica, en cuanto a la investigación, diagnóstico y tratamiento de paciente con RM con problemas de conducta por ansiedad específica y la prevalencia de otras psicopatologías, se llegó a la conclusión que la atención debe ser integral, es decir, abordar todos los aspectos del paciente y realizar un trabajo interdisciplinario para tener mejores resultados.

En la atención integral del paciente con discapacidad cognitiva y problemas de conducta, la familia cumple un papel importante para lograr cambios más adaptativos de este y a su vez permitir que se aplique al medio en el que se desenvuelve el adulto joven.

Al intervenir con la familia hay que analizar su salud mental, ya que es el grupo de apoyo para el paciente con problemas de conducta, lo que genera que el cuidado y atención de las personas con discapacidad cognitiva generan un mayor esfuerzo y desgaste físico y emocional en el cuidador.

Se puede concluir que existe un factor relevante en la intervención de población con limitaciones cognitivas y problemas de conducta la cual hace referencia a la calidad del apoyo de la red familiar, ya que la ausencia de estos limitan la excelencia de los resultados, como se presentó en el caso tratado con JLOA y la señora madre RJA, su grupo primario de apoyo, fueron poco acertados y no favorables pues siempre existió una queja por parte de la señora madre y fue que ella se sentía sola, si retomamos información suministrada con anterioridad ella es hija única y no posee familia extensa. En este caso, si se hubiera contado

con este factor seguramente hubiera sido oportuno haber trabajado psicoterapia de familia y se tendrían más herramientas para haber alcanzado las metas terapéuticas.

De acuerdo con todo el proceso realizado en la práctica, se puede concluir que se cumplió con parte de los objetivos propuestos, ya que se logró analizar la conducta del paciente con limitaciones cognitivas y problemas de conducta y sus posibles causas, sin embargo, la falta de compromiso de la familia no permitió evaluar los cambios cognitivos y comportamentales del paciente y su madre, producidos por la intervención psicoterapéutica.

RECOMENDACIONES

Gracias a la realización del trabajo de practica en la Asociación para un Mejor Futuro ELOGIOS se pudo observar, que como primera experiencia de práctica con pacientes con discapacidad cognitivas y problemas de conducta se hace importante seguir con investigaciones posteriores que permitan abordar factores precipitantes de las conductas problemas y así responder más oportunamente ante la futura conducta del paciente, evitando psicopatologías más severas y a su vez se hace necesario crear estrategias motivacionales dirigidas a aumentar el compromiso de sus familias, ya que este no ha sido el único caso en el que presenta problemas con el grupo primario de apoyo y eso se ve reflejado en la literatura y en diferentes instituciones que trabajan con esta población.

Es importante, en cuanto a la intervención, realizar una evaluación oportuna de la familia para indagar sobre su salud mental y determinar cómo esta afecta e influye en el tratamiento de los pacientes con discapacidad cognitiva o con problemas de conducta.

Por último, se recomienda socializar a los padres de familia en enfoque terapéutico conductual, pues brinda diferentes herramientas de intervención como es el caso del método ABA el cual permite un trabajo eficiente entre la institución y el hogar para corregir y enseñar a las personas con algún tipo de dificultad cognitiva o comportamental.

REFERENCIAS

- Artigas-Pallarés, J. (2006), *Tratamiento Farmacológico del Retraso Mental; Evaluación y Diagnostico del Retraso Mental*; REV NEUROL; 42 (supl 1): S 109-S 115 Recuperado en: http://prader-willie-esp.com/tratamiento_farmacologico.pdf
- Bastos, H. (2006), *Semiología Psiquiátrica y Retraso Mental; Psicopatología y Retraso Mental*. Psicopatología y Retardo Mental, Revista Argentina de la Clínica neuropsiquiátrica vol. 13 No. 2, Argentina, p. 55-56 artículo recuperado en: http://www.marietan.com/material_psicopatologia/heli_retraso_mental.htm
- Beck, A. (1988) *Inventario de Ansiedad de Beck*; recuperado en la página web: <http://espectroautista.googlepages.com/BAI-es.html>.

- Beck, A.T., Brow, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988) An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 56: 893-7.
- Bregman, J. D. (1991) Current developments in the understanding of mental retardation, part II: Psychopathology. *J. Am. Acad. Of child. Adolesc. Psychiatry*, 30: 861-72.
- Caballo, V; (1998) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol. 2 Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. Siglo Veintiuno Editores S.A. España. p: 525-528.
- Castrillon, D., Chaves, A., Ferrer, N.H., Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schniter (2003) Cuestionario de Esquemas de Young, YSQ-L2. Universidad de Buenaventura- Medellín (Colombia). Desarrollado por Jeffrey-E. Young, PhD y Gray Brown, Med. Copyright, 1990.
- Darby, J.; Glucksberg, S. & Kinchla, R. (1990) *Psicología*, cuarta edición. Prentice-Hall Hispanoamerica, S.A. Mexico. p. 498-499.
- Deb, S.; Thomas, M. & Bright, C. (2001) Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J. Intellect. Disabil. Res.*, 45: 506-14.
- Dosen A. (2005). Applying the developmental perspective in the psychiatric assessment and diagnosis of persons with intelectual disability: part II - diagnosis. *J. Intellectual Disability Research*, 49,1, p. 9-15.

DSM IV-R; (2002) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*; Masson, S.A. Barcelona. p: 45-56.

Emerson E., Moss S., Ciernan C., (1999) The relationship between challenging behavior and psychiatric disorders in people with severe intellectual disability, in Bouras N. (ed): *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 38-48.

García, J; Ruiz, M.- Colosía y Carulla L. (2010) *Directrices y principios para la práctica: evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta*. Edición Down España (Federación Española de Síndrome de Down) pág.

González- Castañón, D. (2000). Nuevos paradigmas, nuevas definiciones. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, vol XI: p. 267-272.

Hodapp, R. M. y Zigler, E. (1995). Past, present and future issues in the developmental approach to mental retardation and developmental disabilities. In Cicchetti D., Cohen D.J. (Eds): *Developmental Psychopathology*, New York, John Wiley y Sons.

Irblich, D. (2003) *Problematische Erlebens- und Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen*. In Irblich D., Stahl, B. (eds) *Menschen mit geistiger Behinderung*. Göttingen, Hogrefe, p. 312-374.

Jacobson, J.W., Holburn, S. y Mulick, J. A. (Eds.). (2002) *Contemporary dual diagnosis: MH/MR service models Vol. II: Partial and Supportive service*. Kingston, NY: The NADD Press.

Kaplan, H. - Sadock, B. (1998) *Tratado de Psiquiatría*, Sexta edición, Intermédica Editorial, Buenos Aires.

Loveland, K., Tunali-Kutoski, B. (1998) Development and adaptative behavior in persons with mental retardation. In Burack J., Hodapp, M., Zigler, E. (eds) *Handbook of mental retardation and development*. Cambridge, Cambridge Univ. Press, p. 521-541.

Masten, A. S. & Coatsworth J. D. (1995). Competence, resilience and psychopathology. In Cicchetti: D. Cohen D. (Eds) *Developmental psychopathology*. New York, John Wiley y Sons p. 715-753.

Osman, A., Kooper, B.A., Barrios, F., Osman, J.R. y Wades, T. (1997) The Beck ANxiety Inventory: Reexamination of Factor Structure and Psychometric Properties. *J of Clin Psychol*; 53 (1): 7-14.

Raheb, C. (2010), *Curso Retraso Mental en Niños y Adolescentes; cap. 11 Retraso Mental. Psicoterapia Utilizada*. Curso publicado el 8 de Abril de 2010 en:

<http://www.emagister.com/curso-retraso-mental-ninos-adolescentes/retraso-mental-psicoterapia-utilizada>.

Reid AH (1980). Diagnosis of psychiatric disorder in the severel and profoundly retarded patients. *J Res Soc Med*, 73: p. 607-609.

Reiss, S. y Havercamp, S.M. (1998) Toward a comprehem-sive assesment of fundamental motivation: Factor Structure of the Reiss Profile. *Psychological Assesment*, 10, p. 97-106.

Rodriguez - Sacristán J., Buceta A., (1995) Psicopatología de Niño y del Adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation. London, Gsatel Press.

Ruiz y Lujan (1991) Inventario de Pensamientos Automáticos. Recuperado de la página web: http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Sentirse_Mejor/sentirse2.htm

Rutter, M., Tizard, J., y Yule, W. (1976) Isle of Wight Studies, 1964-1974. Psychol. Med. 6: 313-32.

Salvador, L., García - Mellano M.J., Rodriguez de Molina, M., Revuelta, A. y Arroyo, M. (1994) Evaluacion de problemas comportamentales en sujetos afectos de Retraso Mental en un medio laboral: Estudio de fiabilidad de la Social Behavior Schedule (SBS). Anales de Psiquiatría. 10 (7): p. 261-267.

Somoza, E., Steer, R.A., Beck, A.T., Clark, D.A. (1994) Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: Roc analysis and information theory. Behav Res Ther; 32 (7): 771-82.

Steer, R.A., Clark, D.A., Beck, A.T. y Ranieri, W.F. (1993) Common and specific dimensions of the self- reported anxiety and depression: The BDI-II versus the BDI-IA. Behav Res Ther; 37:183-90.

Tuiner, S. y Verhoeven, W.M.A (2001). Motivacional déficit síndrome; a specific entity? Abstracts 3° European Congress Mental Health in Mental Retardation; Theory and Practice, Berlin, 47.

Young, J. (1999) *Terapia Cognitiva para los Trastornos de Personalidad: una Aproximación centrada en esquemas*. Tercera edición. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Columbia, Colegio de Médicos y Cirujanos. P: 93.

World Health Organization (2012). *Mental Retardation : from knowledge to action*. Recuperado el 22 de septiembre de 2012 en la página web, http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1825_8093.htm

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ___/___/____ Hora: _____

Consentimiento Informado

Yo _____, identificada con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, estoy dispuesta a participar voluntariamente en el proceso terapéutico diseñado y ejecutado por la psicóloga, estudiante de especialización Milena Vesga Prada. Estoy informada de que durante el proceso se me administrarán las pruebas psicológicas pertinentes, con el fin de investigar sobre mis pautas comportamentales; lo que se hará dentro del protocolo técnico establecido para cada una, y se me entregará un informe de resultados personalizado.

Entiendo que dentro del proceso académico de la especialización en psicológica clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, se llevarán a cabo sesiones de socialización en clase de la información que yo suministro y se registrara por audio y video las sesiones terapéuticas, aunque se respetará mi derecho a la intimidad, empleando el código RJA para tal fin, y que la información compartida con docentes y demás estudiantes de la especialización, tendrá un manejo profesional tendiente al mejoramiento del proceso terapéutico que se desarrolla.

Autorizo a la psicóloga Milena Vesga Prada, para que en alguna situación en la que esté en riesgo mi propia vida o la vida de alguien más, con base en la información que yo suministre durante consulta, informe a mi hija SMOA, al teléfono 6XXXX.

Se me ha informado que cualquier diagnóstico referido en mi historia clínica, será dado teniendo en cuenta los parámetros del manual diagnóstico DSM IV, y que el plan de intervención se establecerá según el marco teórico y técnico del enfoque cognitivo conductual. Adicionalmente, sé que la psicóloga Milena Vesga Prada, podrá interrumpir el proceso terapéutico ante la situación en que se requiera y también, que yo estoy en el derecho de interrumpir mi participación en cualquier momento, sin recibir represarías por ello.

Se me ha garantizado que el proceso en ejecución, estará regido por el código deontológico y bioético, establecido en la ley 1090 de 2006, que rige para el ejercicio psicológico en Colombia.

Milena Vesga Prada
Tarjeta Profesional: 108124
 Evaluador

C.C
Consultante

Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Consentimiento Informado

Yo _____, identificada con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, con base en mi potestad de acudiente legítimo de _____ identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____ autorizo a la institución ELOGIOS, para que se permita a la psicóloga Milena Vesga Prada, estudiante de la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, establecer un plan de registro sistemático de las pautas comportamentales de mi hijo _____ al igual, el diseño de un plan de intervención directo o indirecto (los cuidadores), para el mejoramiento de los patrones conductuales de mi de hijo.

Autorizo también, que la información recopilada y los adelantos en el proceso, sean expuestos en sesiones de clase de la especialización ya mencionada, con el debido respeto de su derecho a la intimidad, y con el manejo profesional pertinente, que procure el enriquecimiento teórico y práctico del proceso en desarrollo. Para lo anterior, se asignará a mi hijo, el código personal JLOA.

Se me ha garantizado que el proceso en ejecución, estará regido por el código deontológico y bioético, establecido en la ley 1090 de 2006, que rige para el ejercicio psicológico en Colombia.

Autorizo, de ser necesario y teniendo en cuenta el proceso académico que desarrolla el profesional que interviene, la grabación videográfica de mi hijo, en una sesión de intervención psicológica, para ser presentada en una sesión de clase, con las determinaciones ya planteadas en este documento, aclarando que el vídeo debe ser eliminado, una vez concluya la actividad académica.


Milena Vesga Prada
Tarjeta Profesional: 108124
 Evaluador

C.C
Consultante

ANEXO 2

FORMATO HISTORIA CLINICA

FORMATO DE HISTORIA CLINICA

 Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA</small>	PRACTICA DE ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA INSTITUTO RAFAEL POMBO	
	FORMATO DE HISTORIA CLINICA	

FECHA DE RECEPCION:	DIA:	MES:	AÑO:
1. DATOS DEMOGRÁFICOS			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	EXPEDIDA EN:	EDAD:	
ESCOLARIDAD:	ESTADO CIVIL:	RELIGIÓN:	
PROFESIÓN U OFICIO:			
NÚMERO TELEFÓNICO:	DIRECCIÓN:	BARRIO:	
FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCIÓN:			
DATOS DE UNA PERSONA DE CONTACTO			
Nombre:			
Parentesco:			
Teléfono:			
NOMBRE PSICÓLOGO TRATANTE:			

2. MOTIVO DE CONSULTA Y/O DE REMISIÓN

3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL (Iniciación y evolución del síntoma, problemática o enfermedad) (contexto, situaciones que se producen alrededor) (funcionamiento en diferentes áreas, nivel de afectación, redes de apoyo(percibido y real))

3					
4					
5					
6					

5.HISTORIA FAMILIAR

FAMILIOGRAMA (señalar relaciones, alianzas o conflictos)

OBSERVACIONES RELACIONADAS CON FIGURAS SIGNIFICATIVAS?**TIPOLOGIA FAMILIAR:**

SUBSISTEMA FAMILIAR AFECTADO:

6. ANTECEDENTES
6.1 ANTECEDENTES PERSONALES
SALUD FISICA: (enfermedad, medicamentos, cirugías, alimentación y sueño)
CONSUMO O ABUSO DE SUSTANCIAS: Especificar cuál y por cuanto tiempo.
Alcohol: Tabaco: SPA:
SALUD MENTAL:
6.2 ANTECEDENTES FAMILIARES (Salud física y mental)
6.3 SOCIABILIDAD (Interacción con compañeros de grupo, con otros compañeros, participación en grupos u actividades lúdicas, deportivas y culturales)
6.4 ANTECEDENTES JUDICIALES (Delitos o anotaciones de disciplina graves)
7. OBSERVACIÓN GENERAL DEL CONSULTANTE

OTRAS OBSERVACIONES (Características, estado de ánimo, percepción de sí mismo)

8. PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS

9. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	
DIAGNOSTICO DSM IV-R:	
EJEI:	
EJEII:	
EJEIII:	
EJE IV:	
EJE V:	
10. PLAN DE INTERVENCIÓN	
11. SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO	
Sesión no.1	FECHA
Sesión N0.2	

ANEXO 3

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**Instrucciones**

Indicar por cada una de las siguientes manifestaciones, el grado en que se ha visto afectado por cada una de ellas durante la última semana y el momento actual. Para ello debe elegir entre las siguientes respuestas la que mejor se corresponda con la intensidad.

0. En absoluto**1. Levemente, no me molesta mucho****2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo****3. Severamente, casi no podía soportarlo.**

1. _____ Hormigueo o entumecimiento.
2. _____ Sensación de calor.
3. _____ Temblor en las piernas.
4. _____ Incapacidad de relajarse
5. _____ Con temor a que ocurra lo peor.
6. _____ Mareo o aturdimiento.
7. _____ Palpitaciones taquicardias.
8. _____ Sensación de Inestabilidad e inseguridad física.
9. _____ Terrores.
10. _____ Nerviosismo.
11. _____ Sensación de ahogo.
12. _____ Temblores de manos.
13. _____ Temblor generalizado o estremecimiento.
14. _____ Miedo a perder el control.
15. _____ Dificultad para respirar.
16. _____ Miedo a morir.
17. _____ Sobresaltos.
18. _____ Molestias digestivas o abdominales.
19. _____ Palidez.
20. _____ Rubor facial.
21. _____ Sudoración (no debida al calor).

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG

Cuestionario de esquemas de Young, YSQ-L2. CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2* D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003). Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia) Desarrollado por Jeffrey E. Young, Ph. D y Gary Brown, Med. Copyright, 1990.	No. Protocolo
---	---------------

INSTRUCCIONES Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe de acuerdo a las siguientes categorías:

1 Completamente falso de mí	2 La mayor parte falso de mí	3 Ligeramente más verdadero que falso	4 Moderadamente verdadero de mí	5 La mayor parte verdadero de mí	6 Me describe perfectamente
--------------------------------	---------------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

1	Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.	1	2	3	4	5	6
2	Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.	1	2	3	4	5	6
3	La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.	1	2	3	4	5	6
4	Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.	1	2	3	4	5	6
5	Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.	1	2	3	4	5	6
6	Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.	1	2	3	4	5	6
7	Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo	1	2	3	4	5	6
8	No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.	1	2	3	4	5	6
9	Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.	1	2	3	4	5	6
10	Necesito tanto a las otras personas que me preocupo cerca de la posibilidad de perderlas.	1	2	3	4	5	6
11	Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.	1	2	3	4	5	6
12	Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.	1	2	3	4	5	6
13	Me da una gran dificultad confiar en la gente.	1	2	3	4	5	6
14	Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.	1	2	3	4	5	6
15	Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.	1	2	3	4	5	6
16	Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.	1	2	3	4	5	6

17	Me preocupa volverme un indigente o vago.	1	2	3	4	5	6
18	Me preocupa ser atacado.	1	2	3	4	5	6
19	Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.	1	2	3	4	5	6
20	Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.	1	2	3	4	5	6
21	Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.	1	2	3	4	5	6
22	Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.	1	2	3	4	5	6
23	Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.	1	2	3	4	5	6
24	Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.	1	2	3	4	5	6
25	No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.	1	2	3	4	5	6
26	Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.	1	2	3	4	5	6
27	Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.	1	2	3	4	5	6
28	Me es difícil ser cálido y espontáneo.	1	2	3	4	5	6
29	Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.	1	2	3	4	5	6
30	Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.	1	2	3	4	5	6
31	Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.	1	2	3	4	5	6
32	Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo "suficientemente bueno".	1	2	3	4	5	6
33	Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.	1	2	3	4	5	6
34	Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.	1	2	3	4	5	6
35	Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.	1	2	3	4	5	6
36	Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.	1	2	3	4	5	6
37	Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.	1	2	3	4	5	6
38	Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas.	1	2	3	4	5	6
39	Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.	1	2	3	4	5	6
40	Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.	1	2	3	4	5	6
41	Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.	1	2	3	4	5	6
42	Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.	1	2	3	4	5	6
43	Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.	1	2	3	4	5	6
44	No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.	1	2	3	4	5	6
45	No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.	1	2	3	4	5	6

ANEXO 5
INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS RUIZ Y LUJAN, 1991

A continuación encontrará una lista de pensamientos que suele presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

0. Nunca pienso en eso / 1. Algunas veces lo pienso / 2. Bastante veces lo pienso / 3. Con mucha frecuencia lo pienso

No.	Pensamiento	Respuestas			
1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2	Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3	Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4	Sé que piensan mal de mi	0	1	2	3
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6	Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8	¡No hay derecho a que me traten así	0	1	2	3
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental.	0	1	2	3
10	Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11	Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14	Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15	Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16	Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17	Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18	Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19	Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21	Soy superior a la gente en casi todo	0	1	2	3
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23	Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26	Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27	Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28	Otros tiene la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
29	No quiere reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30	Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31	Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32	Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33	Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34	Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35	¿Y si les pasa algo malo a las personas a quienes quiero?	0	1	2	3
36	La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37	Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo	0	1	2	3
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41	Soy un neurótico	0	1	2	3
42	Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43	Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44	Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

ANEXO 6

FORMATO DE AUTO-REGISTRO

1.Situación ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde?	2.Emociones a)¿Qué sentías? b) Estima cada emoción (0-100 %)	3.Pensamientos automáticos (imágenes)¿Qué estaba pasando por mi mente justo antes de empezar a sentirme de esta forma.	4.Evidencia que apoya el pensamiento de alta tensión.	5.Evidencia que no apoya el pensamiento de alta tensión	6.Pensamientos alternativos equilibrados Escribe un pensamiento alternativo equilibrado	7.Vuelve a estimar las emociones listadas en la columna 2 además de cualquier otra nueva (0-100%)

