

Desajustes Emocionales Relacionados con el Consumo de Sustancias Psicoactivas.

María José Montalvo Villanueva

Universidad Del Sinú-Seccional Cartagena

Noviembre 2018

Nota

Estudio de caso, Tutora Metodológica: Kelly Arroyo, Tutora Disciplinar: Patricia de la vega, Especialización en Psicología Clínica del Niño y del Adolescente, Universidad Del Sinú-Seccional Cartagena.

Dedicatorio

A mis padres, quienes, con mucho esfuerzo, lograron impulsar mis sueños; fueron sin lugar a dudas, un pilar fundamental en mi proceso académico.

A mi hermana y cada uno de los integrantes de mi familia. A mi prometido por ser un compañero inseparable y aquellos amigos que fueron apoyo en situaciones difíciles.

Contenido

Título del caso:	4
Marco teórico	4
Datos sociodemográficos del paciente, Motivo de consulta y Anamnesis y antecedentes relevantes	
.....	¡Error!

Marcador no definido.

Antecedentes personales, heredofamiliares	11
Evaluación inicial	11
Línea Base (Pre-tratamiento)	12
Análisis funcional	14
Conductas problema y metas clínicas	15
Hipótesis preliminares	16
Resultados aplicación instrumentos	16
Diagnóstico diferencial	18
Propuesta de intervención con el adolescente	20
Resultados de intervención	21
Impresión Clínica	23
Recomendaciones	24
Resumen	25
Referencias	26

Apéndices.....	28
----------------	----

Título del caso: DESAJUSTES EMOCIONALES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA).

Marco teórico

Durante siglos el consumo de sustancias psicoactivas ha sido parte de las conductas sociales permitidas en la sociedad y el hecho de ser ilegales, en la actualidad no ha representado el cese del consumo de estas. El consumo de SPA, provoca un sin fin de implicaciones negativas sobre la salud física y mental de las personas. La probabilidad o riesgo de muerte es una de esas implicaciones, por lo que su consumo problemático constituye un grave problema de salud pública en la sociedad en general y entre los adolescentes y adultos jóvenes, en particular. Según (Bernal y Cortázar, 1995). El consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes y adultos jóvenes se relaciona con otros fenómenos sociales como el pandillismo. Podemos mostrar varias

Existen diferentes formas de ordenar las sustancias, cada una de ellas con sus propios problemas y limitaciones

Según Caudevilla, F. (2003) una primera clasificación hace referencia a su status legal, distinguiendo entre drogas legales e ilegales. El alcohol, el tabaco y el café son drogas permitidas por la mayoría de los países occidentales. El resto de las drogas se encuentran sometidas a distintas regulaciones legales. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (organismo dependiente de la ONU para el control de las drogas) distingue cuatro listas con distintos grados de restricción (la Lista I agrupa sustancias “sin ningún uso médico aceptado, que pueden generar adicción con rapidez y que suponen graves riesgos para la salud” y las listas III y IV hace referencia a drogas supuestamente menos peligrosas y más fácilmente accesibles).

Con respecto a su origen, se pueden distinguir las drogas naturales (las que aparecen de forma espontánea en la naturaleza, en general hongos o vegetales) de las sintéticas (aquellas que requieren de procesos físicos o químicos para su preparación).

El uso de plantas con fines embriagantes, rituales o terapéuticos es tan antiguo como la propia Humanidad. Pero la distinción entre lo natural y lo sintético no es tan sencilla:

Por un lado, para obtener determinadas sustancias es necesario usar procesos físicos o químicos (p. ej: la obtención de la cocaína a partir de la hoja de coca, la extracción del hachís a partir de la marihuana). Pero además muchas drogas de las llamadas sintéticas (como la LSD o el éxtasis/MDMA) tienen sus precursores inmediatos en productos de origen vegetal.

Algunos autores distinguen entre drogas duras (aquellas que producen graves riesgos para la salud) y drogas blandas, supuestamente menos peligrosas (alcohol, el tabaco y cannabis). Pero el hecho objetivo es que la morbilidad, mortalidad y gasto sanitario asociadas al alcohol y el tabaco es mucho mayor que el de todas las demás drogas ilegales juntas (En España, la mortalidad atribuida directamente al tabaco y al alcohol es de 55.000 y 12.000 personas al año respectivamente).

Según Caudevilla, F. (2010) La peligrosidad de una droga está en relación con factores farmacológicos y extrafarmacológicos. La distinción entre drogas blandas y duras expresa en realidad diferencias de tolerancia social y no es útil desde un punto de vista práctico.

Quizá la forma más práctica de clasificar las drogas es aquella que se refiere a sus efectos. Por un lado están los estimulantes: sustancias que activan el Sistema Nervioso Central (SNC) (cocaína, anfetaminas, cafeína...). Por otro están los depresores: drogas que disminuyen el grado de actividad del SNC: alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, GHB... Finalmente hay un tercer grupo de sustancias que producen alteraciones perceptivas, los psicodélicos.

Para Arévalo, A. (2015) El consumo de SPA se ha comprendido incluso como un fenómeno social y por ende ha sido observado históricamente desde diversas ópticas. Se puede atribuir a ello el alto impacto de sus consecuencias económicas, sociales culturales, sanitarias, entre otras. Como se puede evidenciar en la historia del hombre, la experimentación en el campo psicotrópico hace parte del proceso de conocimiento y adaptación de los individuos con su entorno. El hombre, luego de estudiar los principales activos de las SPA, desarrollar, posteriormente, procesos de purificación y modificación en la estructura química de estas para aumentar sus efectos, finalmente, logra crear compuestos de mayor efecto, en el marco de una sociedad industrial de consumo. A este proceso se suma un cambio progresivo en la mentalidad de la sociedad con respecto a considerar el consumo de SPA como una actividad que atenta contra los preceptos religiosos y morales. De esta forma, el consumo se presenta bajo diversas motivaciones, adquiere nuevos matices y se relaciona con diferentes condiciones, entre las que se

cuentan, las biológicas, las neurológicas, las psíquicas, las ideológicas, las políticas, entre otros. Entendido el consumo como un proceso, las SPA y su interacción con el sujeto permiten identificar diversos momentos en su evolución y en la pérdida progresiva del control del individuo sobre las SPA.

Según CIE 10, la dependencia producida por las drogas puede ser de dos tipos:

Dependencia física: El organismo se vuelve necesitado de las drogas, tal es así que cuando se interrumpe el consumo sobrevienen fuertes trastornos fisiológicos, lo que se conoce como síndrome de abstinencia.

Dependencia psíquica: Es el estado de euforia que se siente cuando se consume droga, y que lleva a buscar nuevamente el consumo para evitar el malestar u obtener placer. El individuo siente una imperiosa necesidad de consumir droga, y experimenta un desplome emocional cuando no la consigue.

Algunas drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto.

La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. La necesidad de droga es más fuerte. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios, etc.

Por su parte el DMS V entiende la dependencia a sustancias como en un patrón inapropiado de uso de estas que produce una importante limitación o malestar en la vida del individuo y está caracterizada por la presencia de al menos tres de los siguientes criterios:

- **Control deficitario:** Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto.

Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.

Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o Recuperándose.

Deseo intenso de consumo.

- Deterioro social: El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos.

Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.

Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias.

- Consumo de riesgo: Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema

Físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo.

- Criterio farmacológico: Tolerancia/ Abstinencia

Según el Informe Mundial de Drogas 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (Unodc), un cuarto de billón de personas, o cerca del 5% de la población adulta, entre los 15 y los 64 años, consumió drogas por lo menos en una ocasión en 2015. El cannabis es la droga más ampliamente usada, pero los opioides generaron gran impacto negativo en la salud. Los estimulantes de tipo anfetamínico se mantienen como la segunda droga más usada a nivel mundial, con un estimado de 35 millones de usuarios en el último año. En lo que respecta a Colombia Los estudios del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) muestran que el consumo de drogas se está incrementando en el país, no solo porque las personas las consumen, sino porque el mercado es cada vez más amplio y diverso. La prevalencia de uso alguna vez en la vida pasó del 8,8% en 2008 al 12,2% en 2013, y la prevalencia en el último año pasó del 2,6% al 3,6% en los mismos años.

Al igual que en el resto del mundo, en Colombia según Reporte de Drogas de Colombia (2017) la marihuana es la sustancia de mayor consumo, seguida de la cocaína, el bazuco y el éxtasis. El consumo problemático de una o varias sustancias, como la marihuana, el bazuco y heroína, derivado de la actividad de venta de droga en calle, trae consigo problemas de salud física y mental que terminan en un deterioro humano asociado a la habitabilidad en calle. Investigaciones evidencian que tanto problemas familiares como violencia intrafamiliar son condiciones que, sumadas al problema del consumo, pueden derivar en habitabilidad en calle y

en consumos de drogas mucho más problemáticos afectando no solo a los individuos sino también a las comunidades en general en términos de convivencia y, en algunos casos, impactando la seguridad ciudadana.

Según Makkai y McGregor (2003), Pernanen et al. (2001) y Valenzuela (2007), citado en el Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia (2009) se reconocen tres tipos de asociación entre alcohol/drogas y delito: psicofarmacológica, económico compulsiva y sistémica.

En la primera asociación, la psicofarmacológica, se incluyen los delitos que se cometen bajo los efectos de cualquier sustancia psicoactiva que puede aumentar o estimular la excitabilidad, la irritabilidad o las disposiciones violentas por parte de quien comete el acto delictivo. Sin embargo, cabe mencionar que esta asociación puede ser inestable en tanto que la investigación ha mostrado que ninguna droga produce agresividad por sí misma, pero bajo ciertas circunstancias y condiciones puede amplificar, potenciar o facilitar rasgos psicológicos y situacionales que desencadenan actos violentos o delictivos.

La segunda asociación, la económico-compulsiva, comprende los delitos cometidos para proveerse de drogas o que permite obtener los recursos necesarios para conseguirlas. Esta clase de delitos son más comunes en personas que se declaran abusadoras o dependientes de las sustancias y manifiestan algún tipo de compulsión hacia el consumo.

Sin embargo, el delito adquisitivo puede ser objeto de sobre-declaración, dado que sirve de excusa y eventualmente de atenuante. Por esta razón, la asociación económica entre alcohol/droga y delito debe precisarse con evidencia complementaria acerca de abuso y/o dependencia (Valenzuela, 2007).

La asociación sistémica incluye los delitos que resultan de las redes de producción y distribución de drogas (por ejemplo, conflictos o luchas entre productores, intermediarios y expendedores cuyo objetivo principal es beneficiarse dentro del mercado). En estos delitos también se incluyen los organizacionales, en especial las luchas por el control territorial entre traficantes, o entre traficantes y la policía. Otro tipo de delito también incluye las agresiones

contra deudores, y además las infracciones directas a la ley por consumo, posesión, cultivo,

Nombre	Juan S. M
Edad	16 años
Lugar de nacimiento:	Bogotá-Cundinamarca
Escolaridad:	9º Educación básica secundaria
Fecha de Ingreso al hogar:	19 Junio del 2018

producción importación y/o tráfico de drogas.

Datos sociodemográficos del paciente.

Tabla 1-Datos sociodemográficos

Motivo de consulta

Paciente refiere sentir ansiedad y poca tolerancia al entorno, presentando conductas desadaptativas como discusiones con sus pares e ideas constantes de agredirlos y de consumo presentes de manera recurrentes en su tratamiento.

Anamnesis y antecedentes relevantes

J.S es un adolescente de 16 años de edad, quien presenta historia de pertenencia a pandillas y conductas delictivas deliberadas a forma de negocio, micrográfico de drogas, participación en

peleas callejeras, historia de hurtos y atracos frecuentes buscando conseguir dinero y mantener un status dentro de su comunidad. De igual forma, manifiesta haber pertenecido a un "Secta satánica" donde refiere aprender magia negra y practicar rituales de sacrificios e iniciar conductas delictivas.

Durante el desarrollo de las entrevistas, JS. Manifiesta tener sueños constantes relacionados con el consumo SPA. Lo cual le genera cierta incomodidad al levantar, refiere sentirse ansioso al escuchar fuegos pirotécnicos y sonidos de ambulancias o sirenas, relacionando lo anterior con el tiempo de consumo y las diferentes situaciones delictivas en las que estuvo involucrado. Indica que se frustra con facilidad ante situaciones del día a día con sus pares y que en ocasiones solo siente la necesidad de agredirlos. J. S presenta dificultades en su confianza; poca aceptación de sí mismo y su aspecto físico, autoconcepto negativo, aunque en mejoría gradual, logrando iniciar el reconocimiento de cualidades, hay un distanciamiento afectivo con las figuras de autoridad y una tendencia a sentirse amenazado por las mismas. También presenta pensamientos ilógicos con presencia de ideas místico/religiosas de base expresando que el hecho tener en su cuerpo diferentes "amarres" lo cual aprendió en la secta a realizar, aun lo mantienen con vida, así mismo presenta ideas sobrevaloradas sobre el consumo de SPA y conductas delictivas cometidas, referencial con las características y causas propias de su adicción.

J.S nació en Bogotá pero desde muy pequeño está bajo el cuidado de su abuela materna en la Ciudad de Cartagena de Indias, esto se debe a condiciones laborales de su madre quien trabajaba en Bogotá. Sus padres se han mostrado ausentes en el crecimiento y desarrollo de este, aunque este manifiesta tener mejor comunicación y relación con su madre. J.S presenta consumo de SPA desde los 14 años de edad (Cannabis-Benzodiacepinas). Las conductas delictivas y pertenencia a pandillas han generado una falta de compromiso por lo académico y además de esto ingresa al Hogar CREA, a mitad de año donde ya se han dado inicio a las actividades académicas con la Institución educativa en convenio y por causa de esto no se encuentra escolarizado, sin embargo, en el último mes, se le ha brindado a Juan espacios académicos en el hogar, ya que se contrató a un docente para el en las horas de la mañana.

Actualmente J.S mantiene deseo y anhelo por el consumo, aunque reconoce el daño de los mismos sobre su salud y su vida.

Antecedentes personales

J.S inicia consumo de marihuana a la edad de 14 años guiado por la curiosidad generada por los gustos musicales del momento, siendo lo que veía en vídeos y la comunidad, actualmente consume dos dosis diarias, en las mañanas y en las noches siendo la última necesaria para conciliar el sueño. También inicia consumo de benzodiazepinas, aunque al principio probó con una clozapina siendo esta un antipsicótico, recurre a su consumo los fines de semana, siendo hasta de 7 pastillas diarias de ser posible.

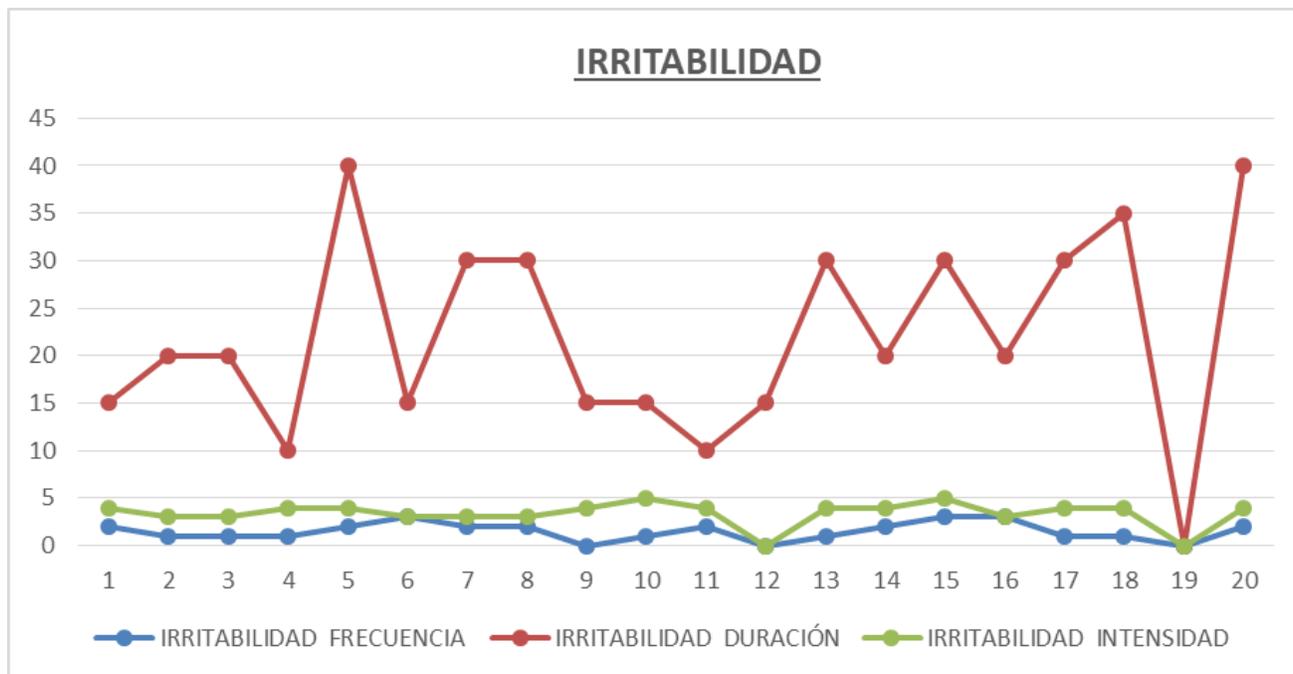
Antecedentes heredofamiliares

El adolescente estuvo a cargo de su abuela materna durante aproximadamente 6 años, quien fue diagnosticada con alzhéimer en el proceso de crianza de JS. Su madre siempre compartía con él, en las fechas especiales de fin de año, ya que la mayor parte del tiempo se encontraba en la ciudad de Bogotá por asuntos laborales, su padre siempre se ha mostrado periférico dentro del crecimiento y desarrollo del adolescente. Así mismo, se encuentran factores de vulnerabilidad, tales como la falta de comunicación y confianza en la familia, poco acompañamiento en el proceso de crianza, no identificación de roles parentales, no expresión de afecto y adolescentes sin un proyecto de vida definido.

Evaluación inicial

Para la evaluación del caso se emplearon varios instrumentos: entrevistas al adolescente, autorregistros (Ver anexo-Tabla 1), registros conductuales realizados por el grupo psicosocial del hogar (Ver anexo-Tabla 2), tamizajes y observación.

Cabe resaltar que la intervención fue, exclusivamente, en el Hogar, por lo que la información fue recabada sólo por parte del psicólogo, la trabajadora social del hogar y el adolescente. La participación por parte de los padres, en este caso, fue inexistente.

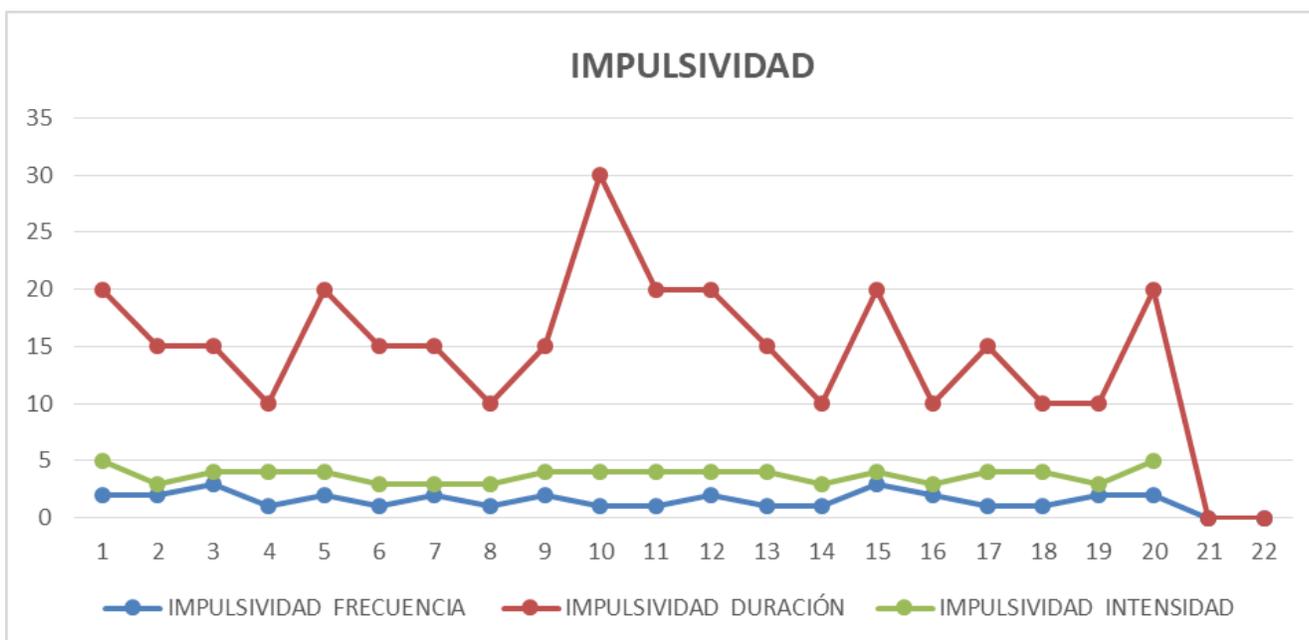


Línea Base (Pre-tratamiento)

Grafica 1

Grafica 2

Con base a la información obtenida durante las entrevistas y los autorregistros y registros conductuales realizados por Juan S. Practicantes de psicología y terapeuta dentro del Hogar, en



diferentes contextos de este, se estableció la línea base.

Se observó que Juan S. presentaba una serie de conductas problemáticas desde el inicio de su tratamiento en el hogar. Estas conductas se muestran en una tabla acompañadas de la frecuencia, duración e intensidad de cada una de ellas (vea Gráfica 1-Graf 2). Estos episodios eran muy frecuentes, las conductas se presentaban con una frecuencia de 1 o 3 veces al día durante diferentes actividades que se llevaban a cabo en el hogar. En cuanto a la duración de los episodios, se puede decir que, en base a los registros, presentan una duración de 10 (Diez) y 40 (Cuarenta) minutos con una intensidad media de 4 en una escala de 0 a 5.

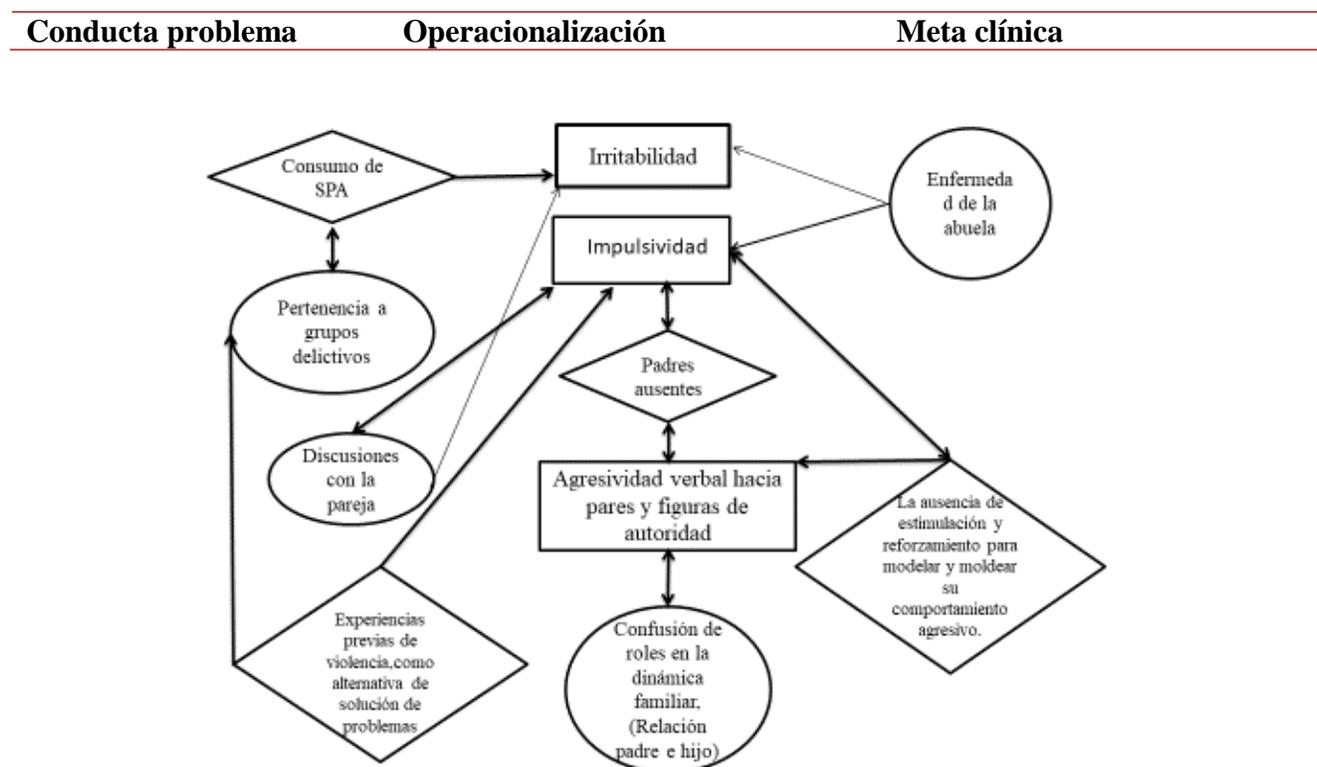
Análisis funcional

Una vez llevada a cabo la evaluación, se consideró plantear el análisis funcional que permitiría explicar el comportamiento de Juan Sebastián. Las conductas problema se presentaban en dos niveles. A nivel físico, a través de sintomatología propia de la ansiedad (Irritabilidad e impulsividad etc.) y a nivel cognitivo a través de pensamientos recurrentes y persistentes que hacían que la conducta problema se mantuviera. Esto corresponde con los resultados de las pruebas utilizadas que mostraban un nivel de ansiedad superior a la media.

Como factor desencadenante de las respuestas problemas de J.S se incluyó la ausencia de estimulación y reforzamiento para modelar y moldear su comportamiento agresivo. La enfermedad de la abuela la cual estaba a cargo de él y quien fue diagnosticada con alzhéimer, lo cual afectó directamente al adolescente. Así mismo el consumo problemático de Sustancias Psicoactivas (SPA) y los modelos sociales agresivos a los que ha estado expuesto a en el desarrollo de su ciclo vital.

Diagrama análisis funcional.

Conductas problema y metas clínicas



Irritabilidad	<p>Cuando lo despiertan temprano, le grita al compañero que está a cargo de pasar por los dormitorios a dar las instrucciones del día., en su mayoría expresiones como: “Deja quieto” “Cállate”.</p> <p>En las visitas que le realiza la novia al hogar, mantiene de manera recurrente discusiones, gritándole “Estas loca” “Deja de joderme” y en ocasiones pidiéndole que lo deje solo.</p> <p>Agitaciones motoras durante situaciones donde se le cuestiona (Pies-Frota manos con frecuencia) Gesticulación inadecuada excesiva.</p>	<p>Que J.S adquiriera información y explicación sobre el origen, desarrollo y mantenimiento de las conductas disruptivas que presenta.</p> <p>Aprender estrategias de autorregulación-autocontrol; y con sus compañeros y establecer normas de conducta concretas en el hogar y fuera de este.</p>
Impulsividad	<p>Presenta discusiones intensas con sus compañeros de manera recurrente, cuando estos le hacen algún tipo de comentario que para él no es de agrado o en los momentos de terapia grupal y estos exponen sus fallas en el tratamiento.</p> <p>Se muestra agresivo (Tirando objetos, pegarle a puertas y paredes) cuando le piden hacer quehaceres del hogar cuando quiere descansar.</p> <p>Comete fallas en el proceso de tratamiento según las reglas que ya están establecidas en el hogar las cuales conoce y sabe que de cumplir (Asomarse a la ventana que da a la calle para ver a la novia que se encontraba restringida, es decir no se le permiten visitas al hogar por incumplir normas. Así mismo</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales y/o conductas prosociales enfatizando en la aserción positiva.</p> <p>Instaurar o potenciar la emisión de conductas adecuadas</p>

Tabla 4. Cuadro de Conductas problema y metas Clínicas

Hipótesis preliminares

1. 292.0 (F12.288) Abstinencia de cannabis
2. 313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante
3. 300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado.

Tabla 5. Cuadro de Hipótesis preliminares

Resultados aplicación instrumentos

Tabla 6-Resultados instrumentos

Instrumento	Resultados
CMAS-R	Dentro de los resultados de la escala CMAS-R, se obtiene T de 65, la cual está por encima de la media, presentando una puntuación alta en la escala asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea y fatiga, así mismo también se evidencia niveles altos con relación a la preocupación obsesiva por cosas relativamente vagas, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional por lo que se debe evaluar e intervenir para beneficio del adolescente.
ASSIST	Presenta riesgo elevado para su salud y de otro tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias, así mismo de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) probablemente sea dependiente.
REGISTROS CONDUCTUALES	Presenta discusiones intensas con sus compañeros de manera recurrente, cuando estos le hacen algún tipo de comentario que para él no es de agrado o en los momentos de terapia grupal y estos exponen sus fallas en el tratamiento. Impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Así como cambios bruscos en la expresividad corporal. Alteración en estado del sueño. Sueños constantes relacionados con el consumo. Prefiere no participar de actividades grupales o donde pueda ser el centro
TABLA DE VALIDACIÓN	Se evidencia una relación entre los criterios DX del DSM-V y los registros realizados durante el desarrollo del tratamiento, apuntando a un posible trastorno negativista desafiante.

Diagnóstico diferencial

Clasificación	DSM-V	Criterios	SI	NO	DX.Diferencial
292.0 (F12.288) Abstinencia de cannabis		<p>A. Cese Brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado.</p> <p>B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A: 1. Irritabilidad, rabia o agresividad. 2. Nerviosismo o ansiedad. 3. Dificultades para dormir.</p> <p>C. Los signos o síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	X		<p>Suspensión de cannabis luego de haberla consumido durante 3 años.</p> <p>El adolescente muestra niveles altos de irritabilidad e impulsividad.</p> <p>Alteración en estado del sueño. Sueños constantes relacionados con el consumo.</p> <p>Presenta problemas en la interacción social.</p> <p>El adolescente muestra niveles altos de irritabilidad e impulsividad.</p>
313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante		<p>A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas: Enfado/Irritabilidad -Discusiones/actitud desafiante -Vengativo</p> <p>B. Este trastorno del</p>		X	<p>Expresa choque consciente con la autoridad y dificultades para ajustarse a la norma.</p> <p>Presenta discusiones intensas con sus compañeros y figuras de autoridad de manera recurrente</p>

<p>comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.</p>	X	<p>Presenta comportamientos desadaptativos como tirar objetos y golpear paredes.</p>
<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios</p>	X	<p>Impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Así como cambios bruscos en la expresividad corporal.</p> <p>Alteración en estado del sueño.</p>

300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado.

Tabla 7. Cuadro Diagnóstico diferencial

Propuesta de intervención con el adolescente

Categoría del problema en blanco	N.A	Objetivos generales	Objetivos específicos/ Indicadores clínicos
1.Irritabilidad		Reducir los niveles de irritabilidad Generar relaciones positivas entre iguales	Entrenamiento en empatía. Enseñar estrategias para el manejo de emociones negativas. Reforzar y motivar conductas afectivas positivas hacia sus pares.
2.Impulsividad		Reducir niveles de irritabilidad por medio de estrategias de autorregulación-autocontrol; y con sus compañeros y establecer normas de conducta concretas en el hogar y fuera de este.	Entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en aserción positiva Aumentar el autocontrol Instaurar o potenciar la emisión de conductas adecuadas Entrenamiento en control de la ira.

Tabla 8- Resumen de la intervención

Se programaron 10 sesiones para desarrollar el protocolo de tratamiento establecido. Las 6 primeras se realizarían con una frecuencia de 2 sesiones por semana y las 4 últimas con periodicidad semanal.

Sesión 1: Psicoeducación, identificación de la naturaleza de su problema y las variables que lo mantienen.

Sesión 2 y 3: Identificación de situaciones y conductas facilitadoras.

Información referente a las técnicas que pueden modificar la problemática y motivar al adolescente para su implicación activa en el tratamiento.

Sesión 4,5 y 6: Entrenamiento en autoestima y entrenamiento en el control de la ira, por medio de diferentes técnicas cognitivo conductual como: Reestructuración cognitiva, Autocontrol, Autoinstrucciones, tiempo fuera en positivo, respiración cognitiva y entrenamiento en relajación conductual.

Sesión 7: Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas. Introducir el entrenamiento en habilidades sociales (Asertividad- Entrenamiento en solución de problemas)

Sesión 8: Seguimiento de implementación de TCC suministradas y su funcionalidad. Se le hace entrega de un formato de seguimiento (*Ver anexo-Tabla 8*).

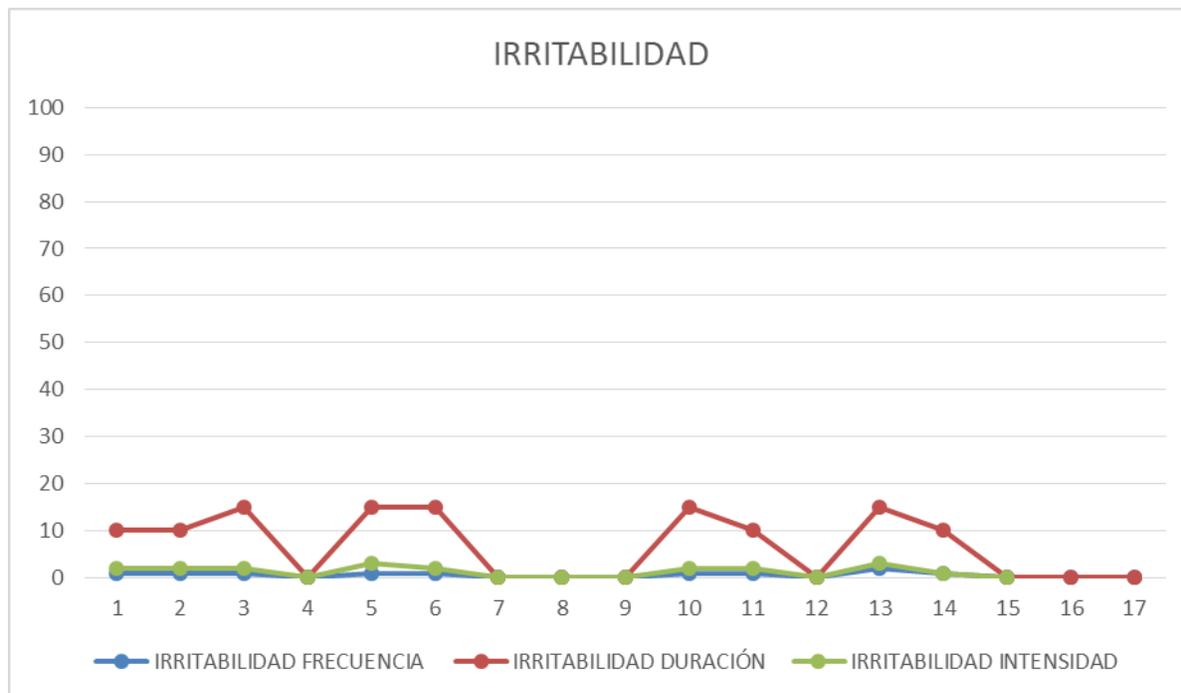
Sesión 9: Toma de conciencia por parte del paciente de su nivel de asimilación de las técnicas aprendidas.

Revisar, consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas.

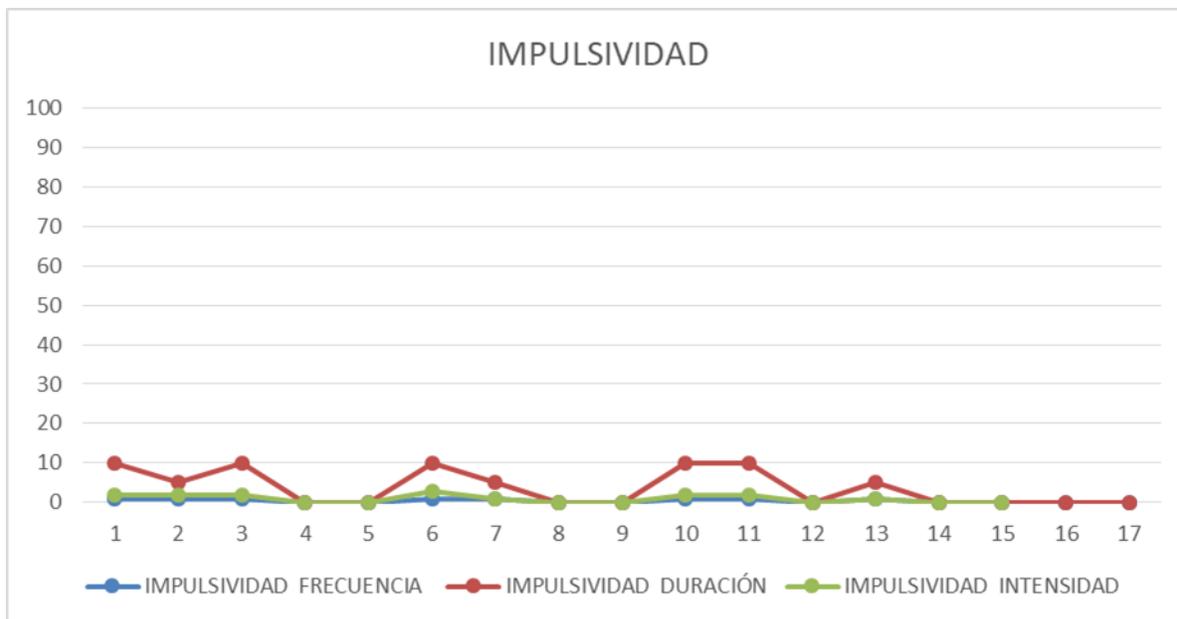
Sesión 10: Reconocimiento del esfuerzo y de los logros obtenidos por parte del adolescente.

- Revisar las técnicas aprendidas.
- Revisar la evolución del paciente a lo largo del tratamiento.

Resultados de intervención



Gráfica 3



Gráfica 4

Una vez desarrolladas las 10 sesiones previstas, y habiendo aplicado todas las técnicas cognitivo conductuales estipuladas, se evidencia niveles mínimos de irritabilidad, impulsividad o conductas disruptivas.

El balance del tratamiento se valora como muy positivo, por la buena actitud de JS y por la disminución de las variables identificadas, durante el desarrollo de la terapia.

En base a la información obtenida luego de la intervención y aplicación de TCC por medio de los autorregistros y registros conductuales realizados por Juan S. Practicantes de psicología y terapeuta dentro del Hogar, en diferentes contextos de este, se observó una disminución significativa de conductas problemáticas identificadas desde el inicio de su tratamiento en el hogar. Estas conductas se muestran en una tabla acompañadas de la frecuencia, duración e intensidad de cada una de ellas (véase Grafica 3-Graf 4). Estos episodios han disminuido su frecuencia, las cuales se presentan actualmente de 1 vez al día esporádicamente, durante diferentes actividades que se llevaban a cabo en el hogar. En cuanto a la duración de los episodios, se puede decir que, según los registros, presentan una duración de 15 minutos máximo con una intensidad media de 2 en una escala de 0 a 5.

Impresión Clínica

Paciente de 16 años de edad, de cara ovalada, ojos oscuros, nariz alargada, boca pequeña, dientes torcidos, cabello oscuro ondulado, piel morena, estatura alta, manos y piernas largas. Utiliza vestimenta oscura la mayor parte del tiempo, así como algunos accesorios, como manillas en la muñeca y tobilleras.

Se aplicaron pruebas clínicas entre ellas, inventario de depresión de Beck, escala de ansiedad manifiesta en niños (CMASR-2), Test ASSIST, registros conductuales, entrevistas al adolescente y a terapeutas del hogar. Evidenciándose variables fisiológicas de ansiedad, así como alteraciones emocionales relacionadas con un trastorno de ansiedad, c altos de irritabilidad e impulsividad.

Así mismo presenta dificultad para el seguimiento de instrucciones, problemas con modelos de autoridad y ausencia de comportamientos prosociales.

Durante el desarrollo de las sesiones que implicaron la intervención cognitivo conductual, se refleja una disminución significativa en las conductas problema y mayor compromiso por parte del paciente para la continuidad del tratamiento.

Recomendaciones

Una vez realizadas las 10 sesiones previstas, y habiendo aplicado todas las técnicas Cognitivo conductuales y actividades recomendadas, dada la disminución de conductas problema, se recomienda lo siguiente:

- Aplicación de TCC suministradas hasta el final del tratamiento de rehabilitación en el hogar, con el objetivo de que Juan S. termine el mismo con sentimiento de éxito en su esfuerzo por la superación de su problemática y la mitigación completa de esta.
- Entrenamiento por parte del equipo psicosocial en empatía, habilidades sociales, autoestima, prevención de recaídas y practica de las técnicas aprendidas.
- Revisión de todas las técnicas aprendidas por parte de terapeutas del Hogar utilizando formato de seguimiento de implementación de TCC suministradas y su efectividad.
- Introducción de cambios en la familia como, por ejemplo, mejorar canales de comunicación y fomentar la interacción de los miembros de la familia por medio de terapias familiares.

Resumen

En este trabajo se describe una intervención clínica en un caso de problemas de conducta e irritabilidad. Juan es un adolescente de 16 años que presenta una serie de conductas disruptivas en el hogar donde se encuentra actualmente en proceso de rehabilitación de consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA). Estos comportamientos se habían agudizado a lo largo de los últimos meses e informa historial previo de problemas antes de ingresar al hogar, como conductas delictivas y consumo problemático de Sustancias Psicoactivas (SPA). La evaluación y tratamiento de elección estuvieron basados en el modelo de terapia cognitivo- conductual. La intervención se estructuró en tres apartados principales que fueron: fase educativa, fase de intervención y fase de prevención de recaídas. La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones distribuidas a lo largo de dos meses. Los resultados del tratamiento basado en técnicas cognitivo conductual revelan un panorama positivo en el intento por reducir la aparición de conductas problema.

Referencias

- Caudevilla, F., (2003) Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia (2010)
- Forero, E., Navarro R., Villaveces, M., Cortés M.,(2009) Estudio nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia.
- Velásquez, J., (1997) Consumo de Sustancias Psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe De Bogotá.
- Organización de los Estados Americano (2011) El problema de las drogas en las américas: Drogas y salud pública. Street,NW, Washintong/Estados Unidos.
- Naciones Unidas (2017) Informe Mundial sobre las Drogas 2017
- Portero G., (2015) DSM-5. Substance use disorders. ¿Are the New Changes Problematic in the Forensic Field.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2010) Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia .

Nombre: María José Montalvo Villanueva

Fecha de entrega:

Firma:

Tabla 8 - Seguimiento de implementación de TCC suministradas y su funcionalidad

Que sucedió?	Que técnica utilicé?	Funcionó (sí o no)

Descriptores	Operacionalización	Categorización Nivel III	Otros problemas
Irritabilidad	Presenta discusiones intensas con sus compañeros de manera recurrente, cuando estos le hacen algún tipo de comentario que para él no es de agrado o en los momentos de terapia grupal y estos exponen sus fallas en el tratamiento.	Respuestas ansiosas	Conflicto paterno filial(débil vinculación afectiva)
Impulsividad	Se muestra agresivo (Tirando objetos, golpea puertas y paredes) cuando le piden hacer aseo o turnos en la cocina del hogar cuando él prefiere descansar.	Conductas agresivas	Denota falta de compromiso con temas académicos. Expresa choque consciente con la autoridad, Dificultades para ajustarse a la norma.
Irritabilidad	Cuando lo despiertan temprano, le grita al compañero que está a cargo de pasar por los dormitorios a dar las instrucciones del día., en su mayoría expresiones como: "Deja quieto" "Callate"		Alteración en estado del sueño
Irritabilidad	En las visitas que le realiza la novia al hogar, mantiene de manera recurrente discusiones, gritándole y en ocasiones pidiéndole que lo deje solo.		

Tabla- Hipótesis preliminares descriptivas

1. 292.0 (F12.288) Abstinencia de cannabis	
2. 313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante	
3. 300.00 (F41.9) Otro trastorno de ansiedad no especificado	

Tabla- Resumen hipótesis preliminares descriptivas

Tabla- Problemas blanco.

Hipótesis preliminares	Estrategia de validación	Resultados obtenidos
292.0 (F12.288) Abstinencia de cannabis	TEST ASSIST-	Presenta riesgo elevado para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias, así mismo de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) probablemente sea dependiente.
	Registros conductuales	A partir de ellos, se observaron las siguientes conductas: Presenta discusiones intensas con sus compañeros de manera recurrente, cuando estos le hacen algún tipo de comentario que para él no es de agrado o en los momentos de terapia grupal y estos exponen sus fallas en el tratamiento. Impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Así como cambios bruscos en la expresividad corporal. Alteración en estado del sueño. Sueños constantes relacionados con el consumo. Prefiere no participar de actividades grupales o donde pueda ser el centro.
	CMAQR-2 - Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños	Dentro de los resultados de la escala CMAQR-2, se obtiene T de 65, la cual está por encima de la media, presentando una puntuación alta en la escala asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea y fatiga, así mismo también se evidencia niveles altos con relación a la preocupación obsesiva por cosas relativamente vagas, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional por lo que se debe evaluar e intervenir para beneficio del adolescente.
313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante	Registros conductuales	A partir de ellos, se observaron las siguientes conductas: Expresa choque con la autoridad y dificultades para ajustarse a la norma. Presenta conductas agresivas hacia compañeros. Se muestra agresivo (Tirando objetos, pegarle a puertas y paredes) cuando le piden hacer aseo o turnos en la cocina del hogar cuando él prefiere descansar.
	Tabla de validación	Se evidencia una relación entre los criterios DX del DSM-V y los registros realizados durante el desarrollo del tratamiento, apuntando a un posible trastorno negativista desafiante.

Listado de problemas blanco identificados

Resumen de problemas blanco identificados				
Problemas en la interacción social				
Categoría del problema en blanco	N.A	Objetivos generales	Objetivos específicos/ Indicadores clínicos	
1. Irritabilidad	Comportamientos desadaptativos como tirar objetos y golpear paredes			
		Irritabilidad	Reducir los niveles de irritabilidad	Reforzar y motivar conductas afectivas positivas hacia sus pares
		Impulsividad	Generar relaciones positivas entre iguales	
		Dificultad para el seguimiento de instrucciones		Enseñar estrategias para el manejo de emociones negativas.
Tabla-Objetivos terminales				
2. Impulsividad		Reducir niveles de irritabilidad por medio de estrategias de autorregulación-autocontrol; y con sus compañeros y establecer normas de conducta concretas en el hogar y fuera de este.	Entrenamiento en empatía	
			Entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en aserción positiva	
			Aumentar el autocontrol	
			Instaurar o potenciar la emisión de conductas adecuadas	
			Entrenamiento en solución de problemas	
			Entrenamiento en control de la ira	

Problema blanco	Fecha inicio	F. Predisposición	F. precipitantes	PR	Hipótesis de adquisición
Irritabilidad		Js ha estado expuesto a modelos sociales agresivos en el desarrollo de su ciclo vital.	Cuando pares intenten comunicarse con el bruscamente. No sentirse aceptado o comprendido por los otros.	Aprz, afectivo	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de modelos afectivos. La ausencia de estimulación y reforzamiento para modelar y moldear su comportamiento agresivo.
Impulsividad		Confusión de roles en la dinámica familiar, (Relación padre e hijo)	Cuando lo exponen a modelos de autoridad. Al recibir instrucciones y no realizarlas, al no lograr ser entendido por los otros, en un contacto con iguales	Aprz, biol	<ul style="list-style-type: none"> Pertenencia a grupos delictivos. Modelos de comunicación asertiva

Tabla- Hipótesis de Adquisición

Tabla - análisis funcional**Problema Blanco: IRRITABILIDAD**

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Escuchar a un líder del hogar decir que le iba a llamar la atención	Afec	Golpear la pared	C pos	Llamado de atención
Un compañero lo despierta de manera brusca.	Afec	Le grita "Cállate" Déjame quieto" y tira las sábanas al piso.	C pos Ref. neg	Llamado de Atención por parte del líder, y arreglar las camas de sus compañeros de cuarto.
Un compañero lo llama para confrontación en terapia grupal.	Afec	Se levanta de la silla, le grita al compañero "Ya deja de mentir" y sale del salón tirando la puerta.		Llamado de atención por parte de un líder y fue restringido a una salida recreativa.

Problema Blanco: IMPULSIVIDAD

Antecedentes	Relación	Respuestas	Relación	Consecuentes
Un compañero toma sin permiso su toalla.		Empuja a su compañero quitándole la toalla	C pos- Ref. pos	Un compañero que observaba la situación, le llamó la atención y lo confrontó.
Un compañero tira su cuaderno de apuntes al piso (Por accidente)		Le lanza un lapicero a la cara a su compañero.	Evitación	No tuvo consecuencia
Su pareja fue a visitarlo sin autorización por parte de terapeutas por fallas cometidas en el tratamiento de JS.		No respeto nomas del hogar, salió de este para verla.	Ref. Pos	15 días más en la fase de tratamiento en la que se encontraba.

Tabla- Hipótesis de mantenimiento

Problemas-blanco	Hipótesis de mantenimiento	Proceso	PRD
Impulsividad	Ausencia de La ausencia de un programa de reforzamiento y de modificación conductual a partir de los principios de aprendizaje mantiene los comportamientos desadaptativos.	Aprz-afect	
Iritabilidad	Ausencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en aserción positiva. Ausencia de estrategias para el manejo de emociones negativas.	Aprz-afect	

Tabla-Integración de análisis funcional.

Comunalidades en antecedentes	Hipótesis de mantenimiento (Nivel 1)	Proceso	PRD
Comportamientos desadaptativos como tirar objetos y golpear paredes	Ausencia de La ausencia de un programa de reforzamiento y de modificación conductual a partir de los principios de aprendizaje mantiene los comportamientos desadaptativos.	Apz, Biol	Aprendizaje
Relación antecedente – respuesta Refuerzo de la conducta	Ausencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en aserción positiva.		Aprendizaje, biológico
Características de respuesta Aprendizaje Afecto	Ausencia de estrategias para el manejo de emociones negativas.		
Relación de contingencia Castigo negativo			

Tabla-Resumen de formulación

Problemas en la interacción social Comportamientos desadaptativos como tirar objetos y golpear paredes		
Irritabilidad		
Impulsividad		
Dificultad para el seguimiento de instrucciones		
Covariación Problemas de conducta		
Emoción Rabia Ira Impotencia	Afecto Tristeza, irritabilidad	
Biológico	Información/Aprendizaje/Cognición	Desmotivación y baja estimulación en cada etapa de desarrollo

Tabla- metas y actividades clínicas

Hipótesis de mantenimiento (¿Por qué?)	Metas clínicas generales y específicas (¿Qué?)	Actividades (¿Cómo?)	Orden
<p>La ausencia de un programa de reforzamiento y de modificación conductual a partir de los principios de aprendizaje mantiene los comportamientos desadaptativos.</p> <p>Ausencia de un programa de entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en aserción positiva.</p> <p>Ausencia de estrategias para el manejo de emociones negativas.</p>	<p>Reducir los niveles de irritabilidad Generar relaciones positivas entre iguales</p> <p>Reforzar y motivar conductas afectivas positivas hacia sus pares</p> <p>Reducir niveles de irritabilidad por medio de estrategias de autorregulación-autocontrol; y con sus compañeros y establecer normas de conducta concretas en el hogar y fuera de este.</p> <p>Enseñar estrategias para el manejo de emociones negativas.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales, enfatizando en aserción positiva Aumentar el autocontrol Instaurar o potenciar la emisión de conductas adecuadas</p>	<p>Cada vez que tenga una situación de posible pérdida de control pon en práctica una técnica distinta. ¿Cómo hacerlo? Leerás una de las técnicas que te propongo y la practicarás mentalmente a menudo, hasta que surja el momento de ponerla en práctica.</p> <p>Tiempo fuera en positivo: La idea es que cuando se sienta mal tenga un sitio para ir a calmarse. El Rincón de la tranquilidad llevará un registro de visitas, todas las veces que pase por ahí deberá escribir en una hoja por qué han ido.</p> <p>Técnica del Semáforo</p>	

Tabla-Planeación de sesiones

Fecha	Sesión	Metas	Actividades clínicas	Tareas/Prácticas
10 de Septiembre	1	Psicoeducación, identificación de la naturaleza de su problema y las variables que lo mantienen.	Información referente a la problemática, etiología y mantenedores.	
14 de septiembre	2 y 3	Identificación de situaciones y conductas facilitadoras.	Registros conductuales (Formato Autorregistros)	Identificar recursos propios que pueden modificar la problemática Implicación activa en el tratamiento
19 y 21 de septiembre	4,5 y 6	Entrenamiento en autoestima y entrenamiento en el control de la ira, por medio de diferentes técnicas cognitivo conductual.	Socialización de técnicas cognitivas conductuales.	Practicar las TCC suministradas de acuerdo a las necesidades situaciones que se le presenten el día a día.
10 de Octubre	7	Consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas. Introducir el entrenamiento en habilidades sociales	Juego de roles y cuentos relacionados con la asertividad y resolución de problemas.	
18 de Octubre	8	Seguimiento de implementación de TCC suministradas y su funcionalidad	Retroalimentación de técnicas implementadas por parte del paciente.	Registrar en el día a día las TCC que utiliza y su efectividad.
24 de Octubre	9	Conciencia por parte del paciente de su nivel de asimilación de las técnicas aprendidas.	Revisar, consolidar y profundizar en las técnicas aprendidas.	
01 de noviembre	10	Reconocimiento del esfuerzo y de los logros obtenidos por parte del adolescente.	Revisar las técnicas aprendidas. Revisar la evolución del paciente	

Tabla. Validación

Clasificación	DSM-V	Criterios	Registros conductuales	Cumple SI	NO	Conclusiones
313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante.	A. Un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas: -Enfado/Irritabilidad -Discusiones/actitud desafiante -Vengativo.	Se irrita con relativa frecuencia y en situaciones que no lo amerita.		X		Se evidencia una relación entre los criterios DX del DSM-V y los registros realizados durante el desarrollo del tratamiento, apuntando a un posible trastorno negativista desafiante.
		Expresa choque consciente con la autoridad y dificultades para ajustarse a las normas del hogar y del tratamiento. Presenta conductas agresivas hacia compañeros.			X	
	B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.	Se muestra agresivo (Tirando objetos, pegarle a puertas y paredes) cuando le piden hacer aseo o turnos en la cocina del hogar cuando él prefiere descansar. Presenta discusiones intensas con sus compañeros de manera recurrente, cuando estos le hacen algún tipo de comentario que para él no es de agrado o en los momentos de terapia grupal y estos exponen sus fallas en el tratamiento. Mantiene de manera recurrente discusiones con su pareja, gritándole y en ocasiones pidiéndole que lo deje solo.				
						X

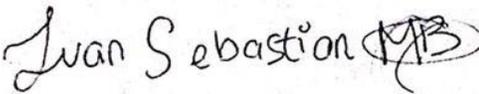
Mediante el Presente escrito informo que:

He recibido la información adecuada para el Proceso que realizará la Psicóloga María José Montalvo, en lo correspondiente a la evaluación, intervención y orientación que en Psicología clínica llevara a cabo a partir del 31 de julio 2018 con Juan Sebastián Martínez.

Me han indicado que dentro de este proceso se requieren una evaluación y recolección de información con los residentes. También tendrán que realizar aplicaciones de instrumentos y, los resultados de estos solo serán utilizados para fines, respetando la singularidad, los datos personales y guardando total confidencialidad, únicamente se tendrán en cuenta valores o datos generales, cumpliendo con el debido uso de datos, asegurando su cuidado, respeto y prudencia como lo indica el Código ético y deontológico del Psicólogo, en su apartado relacionado con la investigación. Ley 1090 de sep 6 de 2006.

He autorizado en lo que requiera la Psicóloga María José Montalvo para las actividades que puedan ser de su aporte para la intervención.

Firma residente:

Juan Sebastian 

Firma Profesora investigadora
TP. 52491581

Firma Profesora Co investigadora

Andrealiliana.ortizgonzalez@gmail.com
3167510183
Prof. Investigadora Universidad Metropolitana

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 79-2505 Bogotá, DC

Nombre: Juan Sebastián H. Fecha: 05-09-18
Edad: 16 Sexo (encierre uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____
Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Si" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Si". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	<u>18</u>	<u>93</u>	<u>65</u>
I:	<u>8</u>	<u>99</u>	<u>16</u>
II:	<u>6</u>	<u>80</u>	<u>12</u>
III:	<u>4</u>	<u>76</u>	<u>12</u>
M:	<u>1</u>	<u>49</u>	<u>9</u>

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
Traducido y reimpresso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Av. Sonora núm. 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
No lo acepte si está en un solo color.

MP
47-2



0409

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Si	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Si	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Si	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Si	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Si	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Si	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Si	No
8. Siempre soy amable	Si	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Si	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Si	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Si	No
12. Siempre me porto bien	Si	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Si	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Si	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Si	No
16. Siempre soy bueno(a)	Si	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Si	No
18. Soy muy sentimental	Si	No
19. Me sudan las manos	Si	No
20. Siempre soy agradable con todos	Si	No
21. Me canso mucho	Si	No
22. Me preocupa el futuro	Si	No
23. Los demás son más felices que yo	Si	No
24. Siempre digo la verdad	Si	No
25. Tengo pesadillas	Si	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Si	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Si	No
28. Nunca me enojo	Si	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Si	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Si	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Si	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Si	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Si	No
34. Soy muy nervioso(a)	Si	No
35. Muchas personas están contra mí	Si	No
36. Nunca digo mentiras	Si	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Si	No

AUTORREGISTRO CONDUCTUAL

CONDUCTA	FECHA- DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	Jueves hora: 7:10 pm	Un compañero fuera Callosiar me con querellas	Santiago Hernandez	no quise participar en una actividad lo. cara	Agredirlo físicamente y romperle lo. cara	me olejajoye con un lider
IRRITABILIDAD	Vieres 14-18	me despierta un compañero Gritandome	Cristian	Dormia	agredirlos y meterle su poco	saliren actitudes
IMPULSIVIDAD	Viernej 17/09/18	y focardome el pie para que me levantara	Vladimir		eh puñala	y les tire la almohada.
IMPULSIVIDAD	Sabado	Garas ole tener relaciones y abandonar el tratamiento	Miropa Vertv nera	Vertv	Estar sexualmente con ella frustración	espere la salida para tener relaciones.

AUTORREGISTRO CONDUCTUAL

CONDUCTA	FECHA-DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	17-09 Lunes 1:30pm	Un compa ñero me empuja por el patio	Brandon Arrieta	estaba sentado en el patio	agredirlo irritabilidad	le grite
IRRITABILIDAD	Miercoles 19/09/18	un nivel me habla de mal tacto	Oscar Barzon	esperaba el turno del baño	callosidad agresividad	le grite
IMPULSIVIDAD	4:30 pm	y coje mi toalla y la tira	Valentin		melancolia	
IMPULSIVIDAD	Jueves 20	un compañero se señalaba y me amenazaba	Valentin	estaba en el baño	agredirlo	Patricio

15

AUTORREGISTRO CONDUCTUAL

CONDUCTA	FECHA-DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	21/09/18 viernes	un compañero me bato un cuaderno y se echó a reír	miel petro	estaba en el salón	Garas de pegar le una lachetada Rabia - ira	hacer una folia a' segundo piso
IRRITABILIDAD	24/09/18 lunes	me picharon Naïro aseo en patio Perez	Lider Naïro	Comia	Rabia Agredirio	Barrig El patio
IMPULSIVIDAD	21-09-18 viernes	un compañero me bato un cuaderno y se echó a reír.	un compañero	Sentado en el salón	Garas de pegar le una lachetada	golpe la pared
IMPULSIVIDAD	25-09 martes	me levantaron gritandome	Lider	Dormia	agredirio e mpujarlo	tire la Sábada al piso

CONDUCTA	FECHA-DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	26/09 miércoles	Ponia los cubiertos y un compañero se burlaba de mi.	Cristian me pidió poner la mesa.	me gritó que me dejara de pegar	Ganas de no hacer nada. ira	le grite que me dejara de pegar
IRRITABILIDAD	Viernes 28-109	me llamaron la atención por cantar canciones calle	Cider	estaba en salo de tu	queria golpearlo	hable con un Cider
IMPULSIVIDAD	26-09 miércoles	me confrontó un compañero en terapia	Vladimir	Escuchado terapias	Rabia Ganas de ver sangre	me pare y golpeela
IMPULSIVIDAD	03-10	visitas de la amiga y mi novia ella me estaba besando	Compañera Amiga	Sentado en el patio	Impotencia Ganas deirme rabia	les grite or las dros y las besche.

Post

CONDUCTA	FECHA-DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	08-10 Lunes	Me avisaron que mi compañera social estaba en una restricción	trabajadoras		Impotencia Rabia	Subí a mi cuarto
IRRITABILIDAD	Martes	Un compañero se burlo de mis dientes	Oscar burieta	Diálogo con el papá	Guiltosidad	Salí en actividades
IMPULSIVIDAD	Martes	Me dejaron 15 días más en la fase 2	Lider	me llaman a inter-acción	Tiran de los brazos de la gente	Golpe la mesa
IMPULSIVIDAD						



post

CONDUCTA	FECHA-DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	Viernes	el día de visitas no fue mi mamá	Mamá	Desayunó	Impotencia Rabia	Foto mi cuarto
IRRITABILIDAD	Jueves 18	me contratan por una falla en el tratamiento	Lider	terapia grupal	callosidad	Sali en actitudes y golpe la mesa
IMPULSIVIDAD	miércoles 17 de	un compañero me hace una pregunta	Vladimir	estaba en el patio	Gana de salirse Rabia	(e grito
IMPULSIVIDAD						

past

CONDUCTA	FECHA-DÍA Y HORA	SITUACIÓN QUE SUCEDIÓ?	CON QUIEN?	QUE PASÓ ANTES	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN DURANTE	QUE PASÓ DESPUES?
IRRITABILIDAD	25-10 mañanas	Escuche a unos compañeros hablar de consumo	Varios compañeros	Salimos de terapia para	Impotencia	Salir del salón
IRRITABILIDAD	Jueves 25	Estabamos en recreativa y no escuché a mi lider	Lider	Jegando futbol	Gana de no Hacer nada	lloré
IMPULSIVIDAD	miercoles 28	obra de visita no fue m compañera	escaso	Hablaba con	Impotencia Rabia	gente y golpes ja camg
IMPULSIVIDAD						

María José Montalvo
Psicóloga

FORMATO REGISTRO CONDUCTUAL

NOMBRE: Juan Sebastián Hernández

FECHA: 10-09-18 a 14-09-18

Intervalo de observación: hora inicial-fin/lapso de tiempo	Aspectos ambientales: Lugar/persona.	Contexto-situación en la que se da la conducta	Rta. motora-cognitiva/verbal-expresión emocional	Frecuencia	Intensidad	Duración	Otros
10:00 am	Patio	Un compañero le habla con un tono alto	Gesto de enojo	3	4	20	
12:00 am	Patio	Un compañero lo moja por accidente	Cond. irritabilidad	3	5	30	
2:00 pm	Patio	Un compañero lo moja por accidente	Cond. agresiva golpea la pared	3	5	20	
3:00 pm	consultorio	El hijo le llama a confrontación	Gesto de rabia	3	4	20	

María José Montalvo
 Psicóloga

FORMATO REGISTRO CONDUCTUAL

NOMBRE: Juan Sebastián Martínez

FECHA: 17-09-18 a 22-09-18

Intervalo de observación: hora inicial-fin/lapso de tiempo	Aspectos ambientales: Lugar/persona.	Contexto-situación en la que se da la conducta	Rta. motora-cognitiva/verbal-expresión emocional	Frecuencia	Intensidad	Duración	Otros
10:am	consultorio	Sale del consultorio sin autorización	Agresividad	2	5	20	
02:00pm	comedor	Un compañero le pide servir la comida	Gesto de rabia	2	4	20	
03:00pm	Patio	La pareja lo visita y tiene un fuerte discusión	Frustración rabia	1	3	20	

Maria José Montalvo
Psicóloga

FORMATO REGISTRO CONDUCTUAL

NOMBRE:

Juan Sebastian Martinez

FECHA:

24-09-18 a 29-09-18

Intervalo de observación: hora inicial-fini/lapso de tiempo	Aspectos ambientales: Lugar/persona.	Contexto-situación en la que se da la conducta	Rta. motora-cognitiva/verbal-expresión emocional	Frecuencia	Intensidad	Duración	Otros
3:10 pm	Salon/Compañero	un compañero pide hacer señalamiento	Gestos de rabia	2	4	20	
4:00 pm	Salon/Compañero	un compañero lo llama a señalamiento	Agresividad	2	5	20	
5:00 pm	Salon Compañero	un compañero le coge un (va de nuevo y se nie	Frustración Rabia Geno de inttabilidad	1	3	20	
				2	4	15	

Maria José Montaño
 Psicóloga

FORMATO REGISTRO CONDUCTUAL

NOMBRE: Juan Sebastián H

FECHA: 08-10-18 al 12-10-18

Intervalo de observación: hora inicial/fin/lapso de tiempo	Aspectos ambientales: Lugar/persona.	Contexto-situación en la que se da la conducta	Rta. motora-cognitiva/verbal-expresión emocional	Frecuencia	Intensidad	Duración	Otros
8:00 am	patio	Se le llama la atención por faltar a una norma	ira enojo	1	10	2	
1:00 pm	convivencia	Se le confronta por faltar en el tratamiento	irritabilidad melancolía	1	10	2	
12:00 pm	Patio	Viola una regla del tratamiento (uso de celular)	impulsividad	1	5	2	
2:00 pm	comida	hace caso omiso a una tarea	impulsividad	1	5	2	

María José Montalvo
Psicóloga

FORMATO REGISTRO CONDUCTUAL

NOMBRE: Juan Sebastián + M.
FECHA: 16-10-18 al 19-10-18

Intervalo de observación: hora inicial-fin/lapso de tiempo	Aspectos ambientales: Lugar/persona.	Contexto-situación en la que se da la conducta	Rta. motora-cognitiva/verbal-expresión emocional	Frecuencia	Intensidad	Duración	Otros
10:00 am	Salón/compañero	un compañero quiere hacerle una querrela	Gesto de impudabilidad	1	5	2	
01:00pm	Patio	un compañero se burla de JS mientras organiza la silla en el patio	Gesto de rabia	1	10	2	
2:00pm	consultorio	un líder lo confronta en terapia grupal	Gesto de irritabilidad	1	10	2	

María José Montalvo
Psicóloga

FORMATO REGISTRO CONDUCTUAL

NOMBRE: *Nico Sebastian Hernandez*

FECHA: *22/10/18* al *26/10/18*

Intervalo de observación: hora inicial-fini/lapso de tiempo	Aspectos ambientales: Lugar/persona.	Contexto-situación en la que se da la conducta	Rta. motora-cognitiva/verbal-expresión emocional	Frecuencia	Intensidad	Duración	Otros
11:00am	Patio	El día de visita no viene su compañera	irritabilidad	1	10	2	
2:00pm	Cancha	En salida recien ella hace caso omiso a instrucciones	Apatia	1	10	2	
4:00pm	Patio	Escuchamos: compañera hablar de consumo	Gesto de irritabilidad: Gesto de labia	1	10	1	
				1	10	2	