

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Intervención cognitivo-conductual en adolescente con discapacidad intelectual, estudio de caso

Zharykc Avila

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad del Sinú – seccional Cartagena

IPS Psico Kids&Teens

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Resumen

En el presente documento se desarrolla una propuesta de intervención cognitivo conductual, desde la metodología de estudio de caso, la cual fue implementada con una adolescente de 12 años de edad con diagnóstico de retraso mental moderado y epilepsia con predominio de crisis parciales simple en remisión total, para el diseño del protocolo de intervención se realizó el análisis funcional de la conducta y técnicas de corte comportamental tales como refuerzo positivo, modelado y técnicas de Keoppen.

Durante el proceso de intervención se realizó el análisis de las variables comportamentales a través de checklist de atención, registro de observación, test de conducta agresiva y escala de tolerancia a la frustración (EFT) aplicados al iniciar y al terminar la intervención. La información permite analizar que la paciente avanzó en el manejo adecuado de la frustración, control del enojo y la aparición de conductas agresivas. También disminuyen el número de conductas agresivas realizadas.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Introducción

Este documento describe la intervención C-C en adolescente con diagnóstico de retraso mental moderado y epilepsia desde un estudio de caso con la aplicación de técnicas de refuerzo positivo, modelado y técnicas de Keoppen. En esta intervención se realizó el análisis de las variables comportamentales en la cual se evidencia conductas y/o actitudes tales como: por tirar objetos al suelo, tirar puertas y/o utilizar sus manos para agredir físicamente a la madre, las cuales, desde la teoría y autores como Giner, F. (2012) se enmarcan en el déficit de control de impulsos, el cual se presenta como signo y síntomas de retraso mental moderado, como lo describe el DSM-V enunciando la dificultad en la comunicación, la interacción social y las habilidades prácticas para la vida cotidiana, se manifiesta en la poca comprensión de los códigos que rigen la interacción social y personal.

Dada la prevalencia de los signos y síntomas que hacen referencia al déficit de control de impulsos se hace necesario definirlo, para ello se toma lo planteado por Sánchez, Giraldo & Quiroz, (2013) los cuales enuncian que “el control de impulsos abarca a tres factores principales en los seres humanos, que implica una variedad de comportamientos que incluyen los aspectos de la hiperexcitabilidad (sensibilidad a los estímulos ambientales), la desinhibición del comportamiento (aparición de conductas inapropiadas) y el orden superior de toma de decisiones. También aportan que el control de impulsos hace referencia al control voluntario de las respuestas conductuales que un sujeto puede emitir ante las situaciones de la vida cotidiana” y se encuentra asociado a “tres factores principales en los seres humanos, que implica el actuar sin una implicación directa de las funciones del lóbulo frontal que describa pensar y analizar la conducta emitida y sus consecuencias, un aumento en la velocidad de la respuesta emitida ante

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

las situaciones agradables o desplacientes y una obtención inmediata de gratificación como reforzador conductual. Esto se observa en la dinámica de la paciente en la medida en que responde impulsivamente ante situaciones que implican cambio de rutina y/o actividades que realiza.

Es preciso mencionar que el objetivo de esta intervención es el enseñar estrategias de control de impulsos partiendo en que la conducta es aprendida y reforzada, de la misma manera en la puede ser modificable, como también refieren Sánchez, Giraldo & Quiroz, (2013) haciendo énfasis en que la “conducta impulsiva es aprendida y por lo tanto modificable”, lo cual explica el motivo por el cual se procederá a realizar un plan de intervención con técnicas cognitivo conductual que apunten a la modificación de conducta.

Comórbido a la sintomatología descrita hasta acá, la paciente tiene un diagnóstico primario o base de retraso mental moderado emitido por psiquiatría y neuropsicología., el cual se caracteriza por problemas para obtener el nivel académico según la edad cronológica, pocas destrezas a nivel de comunicación y dificultades en el desarrollo motor. La sintomatología propia del diagnóstico que se evidencia en la menor dificultad para identificar las emociones, expresarlas y poco control emocional.

Paralelo a esta sintomatología, la menor tiene un diagnóstico de retraso mental moderado y epilepsia con predominio de crisis parciales simple en remisión total, diagnóstico que fue emitido por psiquiatra y neuropsicología, el cual se evidencia en mayor prevalencia en el contexto familiar. Coronel, C, (2017) expresa la definición de la anterior situación como “compleja” de la siguiente manera: “Estudiar los problemas de comportamiento en los niños resulta complejo y más aún si presentan discapacidad intelectual, ya que se involucran diversos

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

factores etiológicos: contextuales, genéticos, familiares, interaccionales; algunos de ellos pueden ser causa por sí mismos de psicopatología o aumentar el riesgo de psicopatología.”.

Dada la descripción del diagnóstico, los signos, síntomas, comportamientos disfuncionales y las actitudes del infante, se hace pertinente que el papel de intervención esté enfocado a la psicoeducación, en el cual la familia es parte esencial de esta dinámica de interacción para generar cambios que prevalezcan en la mejora significativa de la condición de la paciente. Godoy, D; Eberhard, A; Abarca, F; Barbara Acuña & Muñoz, R, (2020) en Psicoeducación en salud mental aportan como conclusión que “la psicoeducación como herramienta de intervención ha mostrado resultados estadísticamente significativos para la disminución del tiempo de recaída del paciente y en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes “, además permite que las familias aprendan estrategias para enfrentar el motivo de consulta y ayudando así al problema actual. Puesto que se encuentra evidencia de la eficacia de la psicoeducación, en la estructura de esta intervención se realizará psicoeducación a la madre de la paciente, con el objetivo de enseñar pautas de crianza, sintomatología de diagnóstico y pautas de regulación emocional.

Este objetivo parte de la afirmación de García & García, (2010) quienes mencionan que “el comportamiento de los padres actúa como determinante en el comportamiento de los hijos”. Por esta razón Hernández, P, (2014) centró principalmente el objetivo de la terapia en entrenar a los padres en habilidades de control del comportamiento mediante estrategias de modificación de conducta. Teniendo en cuenta los aportes mencionado en este estudio de caso, se abordará el problema blanco realizando psicoeducación a la acudiente sobre estrategias de abordaje conductual.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

En cuanto al área escolar la paciente cursa en la actualidad 5° de básica primaria, en donde el reporte de los docentes plantea problemas de concentración, bajo rendimiento escolar y dificultades en el proceso lecto-escritor. Considerando la dinámica de la menor, esta se encuentra en un protocolo de atención interdisciplinar que consta de psiquiatra, educadora especial, fonoaudióloga y psicóloga, los cuales desde su área de acción específica apunta a los procesos de rehabilitación, entrenamiento de las funciones básicas, para generar mejores procesos adaptativos en esta. Este equipo en la actualidad lo conforman psicólogo, fonoaudióloga, psiquiatra y educadora diferencial. Con todo esto se desarrollará el protocolo de intervención cognitivo conductual, enmarcado desde la psicoeducación como estrategia de intervención y a la implementación de las siguientes técnicas de intervención: refuerzo positivo, el modelado simbólico y participante por medio del método de relajación de Keoppen para niños y la respiración diafragmática, con las cuales se pretenden dar alcance al objetivo de intervención, el cual consiste en enseñar estrategias de control de impulsos.

1. Metodología

1.1 Procedimiento para llevar a cabo el estudio

A partir de la identificación de signos, síntomas, análisis funcional y caracterización de situaciones problemas de la paciente a lo largo del proceso de evaluación diagnóstica, se diseñó un plan de intervención el cual se desarrolló en diversas fases, las cuales describiré de manera particular más adelante. Así mismo en la propuesta se utilizan técnicas de intervención desde el modelo cognitivo conductual, tales como refuerzo positivo, modelado y Técnica de Relajación para Niños de Keoppen.

El plan de intervención es organizado de la siguiente manera:

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Fase 1. Diligenciamiento de historia clínica y registros conductuales, aplicación de pruebas y entrevista con terceros. Durante esta fase se estructuran los objetivos de tratamiento.

Fase 2. A partir del análisis funcional de la conducta se eligen los reforzadores positivos con los cuales se fortalecerá la conducta esperada. Se aplicará técnica de modelado del método Keoppen para el aprendizaje de conducta adaptativa como respuesta ante situaciones frustrantes.

Fase 3. Seguimiento y análisis de registro conductuales. Socialización de resultados con la acudiente.

1.2 Características del paciente

Adolescente femenina, de 12 años de edad con diagnóstico de retraso mental moderado y epilepsia con predominio de crisis parciales simple en remisión total. Evidencia dificultades a nivel de funciones ejecutivas, donde se puede observar procesos de labilidad atencional, así como una capacidad disminuida referente a su grupo etario en proceso de memoria, escritura y lectura. Durante el proceso de intervención se observó algunos elementos de resistencia ante el mismo, dado que la paciente mostró resistencia para asistir a las sesiones en 3 ocasiones.

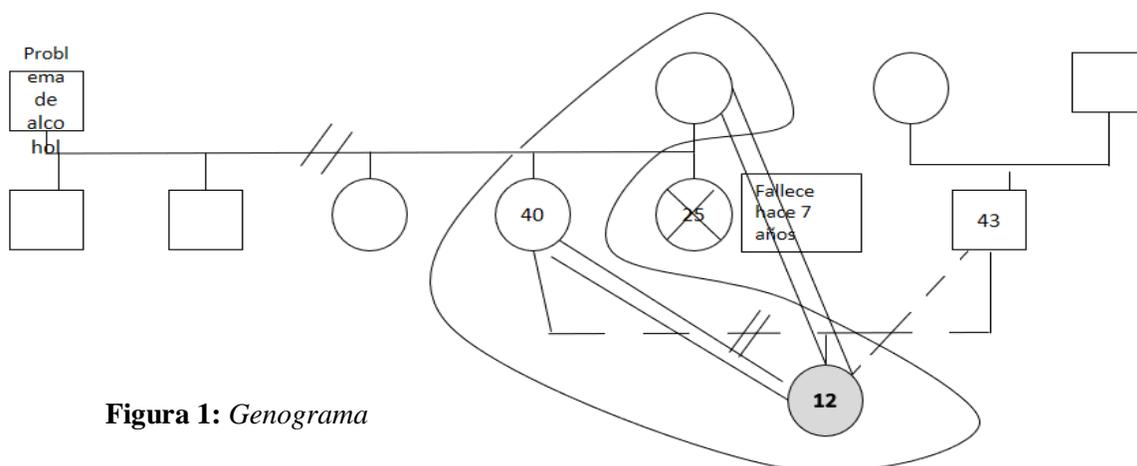


Figura 1: Genograma

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

La problemática actual se discrimino a partir del discurso de la madre, la remisión a psicología por parte del psiquiatra y educadora especial y el proceso de evaluación diagnóstico realizado, ante lo cual se pueden terminar los siguientes problemas en la adolescente.

Proviene de un hogar monoparental conformado por madre y abuela desde su nacimiento y es hija única de ambos padres. El contacto y relación con su padre es esporádico, aunque reconoce a su padre no lo identifica como figura de autoridad. La paciente tiene nulo contacto con la familia paterna. La dinámica familiar es armoniosa y tranquila. La paciente se relaciona con sus primos maternos cercanos.

1.3 Motivo de consulta

El motivo de consulta es planteado por la madre del menor “quiero que sea más sociable y abierta”. De igual manera la madre refiere que la menor presenta dificultad para relacionarse espontáneamente con su grupo etario, prefiriendo juegos y videos infantiles relacionados con edades entre los 5 y 10 años. La madre media en las conversaciones con familiares y conocidos de su edad, describiendo algunos detalles del diagnóstico (Retraso mental moderado) para dar explicación a su comportamiento y juegos infantiles.

La madre también describe algunos episodios de ira ante situaciones que implican cambio de rutina y/o suspensión de tiempo de juego. Estos episodios se caracterizan por tirar objetos al suelo, tirar puertas y/o utilizar sus manos para agredir físicamente a la madre. Menciona que son pocas y no frecuentes durante el último año.

1.4 Evaluación Inicial

Examen Mental

Paciente ubicada en tiempo, espacio y persona, sin evidencia de alteraciones sensorio-perceptivas. Expresa ideas de forma coherente, aunque en algunas ocasiones utiliza palabras

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

en una oración sin sentido. Su estado de ánimo se muestra sin alteración, sin evidencia de pensamientos clínicamente significativos. No presenta evidencia de alteración en la velocidad del pensamiento, con adecuado control y contenido del mismo. Su atención es poco sostenida.

Introspección y prospección pobre con relación a su edad cronológica.

Paciente que se muestra tímida ante el primer contacto en tele consulta, evade el contacto visual y la conversación inicial. Es motivada por la madre para establecer contacto visual, sin obtener éxito. La paciente muestra sus juguetes (peluches) mencionando sus nombres. Su tono de voz es bajo, animado y coherente. Su vestimenta y conducta es inferior a su edad cronológica.

El proceso de evaluación estuvo dado en tres momentos que se describirán a continuación.

Historia clínica.

- Entrevista clínica inicial con la madre, dado que la paciente es menor de edad a través de entrevista semiestructurada, la cual consta de nueve ítems que permitieron explorar aspectos relevantes del desarrollo, información académica, familiar y de socialización. Esta se desarrolló en un espacio de 3 sesiones.

- Examen mental realizado a la paciente, el cual ayuda a identificar signos y síntomas psicopatológicos para un adecuado diagnóstico, como refiere Nachar, R; Paz, R; Mena, C & González, A, (2018) en Aspectos básicos del examen mental.

Exploración académica.

- Entrevista con docente diferencial, la cual se realiza con formato semiestructurado de preguntas abiertas, que indaga el proceso de adaptación escolar, desempeño académico, socialización y procesos cognitivos. Permitiendo explorar aspectos importantes del desempeño

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

escolar, comportamiento y atención en clase. Además, se explora sobre la fase de adaptación a la nueva institución.

Exploración conductual

Cada herramienta mencionada en este punto requiere del diligenciamiento de la madre y docente diferencial. De esta manera se obtendrá información conductual de la estudiante en casa y escuela.

- Registro de Observación de Conductas (para madre y docente. También fue diligenciado durante la consulta). Es un registro conductual que tiene como objetivo “identificar regularidades conductuales, desarrolladas en el tiempo ..., con el objetivo de estudiar la conducta de forma cuantitativa”. Losada, J & Leiva, D. (2016), lo cual permitirá realizar el análisis topográfico de la conducta (véase figura 2).
- Escala de tolerancia a la frustración ETF (fue diligenciado por madre, docente diferencial y paciente) la cual está validada con una población de 2339 adolescentes entre 12 a 17 años y está conformada por ocho ítems, con alternativas de respuesta tipo Likert del 1 al 5 con las opciones: Nunca, Pocas veces, A veces, Muchas veces, Siempre. Esta es una subescala del inventario de coeficiente emocional de BarOn. Bar-On & Parker, (2000).
- Inventario de los Problemas de Conducta (BPI-01) de Johannes Rojahn. Ph.D. se

Conductas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Observación
Tirar objetos al piso								
Aislarse en el baño								
Aislarse en su habitación								
Pegar y/o agredir								
Permanecer en silencio								

Figura 2: Registro de observación conductual

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

aplica subescala de Conducta agresiva/destructiva. Esta permite evaluar la frecuencia típica de aparición de dichas conductas y en qué medida la misma constituye un problema. Esta subescala fue diligenciada por madre, docente diferencial y paciente.

- Registro de Observación de Conductas. Se empleó un registro conductual diario de conductas observables no consideradas como deseadas que permitió medir la frecuencia, duración, consecuencia y reforzadores. Además, se emplea registro conductual de conductas específicas posterior a el análisis funcional”. Ambos registros fueron diligenciados por la madre y docente diferencial.
- Checklist de atención con criterios diagnósticos DSM –V. Se diseñó un test de Checklist con la descripción de los 9 criterios diagnósticos del trastorno de atención basado en el DSM-V con opciones de respuesta Si y No. Se realiza con el objetivo de validar síntomas clínicamente significativos en la atención. Este fue diligenciado por madre y docente.

1.5 Análisis Funcional

Durante la primera fase del tratamiento se realiza recolección de datos de frecuencia de conductas no esperadas en la paciente por medio de registros conductuales diligenciados por la madre y docente diferencial (véase figura 3). Esto, con la finalidad de realizar el análisis funcional de la conducta que nos permitió recabar información y plantear los objetivos de la intervención terapéutica, identificar las situaciones que actuaban como mantenedores y seleccionar la forma más útil de alcanzar los resultados.

Cuando EMI recibe órdenes por parte de la madre que implican cambio de rutina y/o actividad que realiza, se evidencian respuestas conductuales que denotan agresividad hacia la madre, tales como tirar la puerta y tirar objetos al piso, respuestas que son reforzadas

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

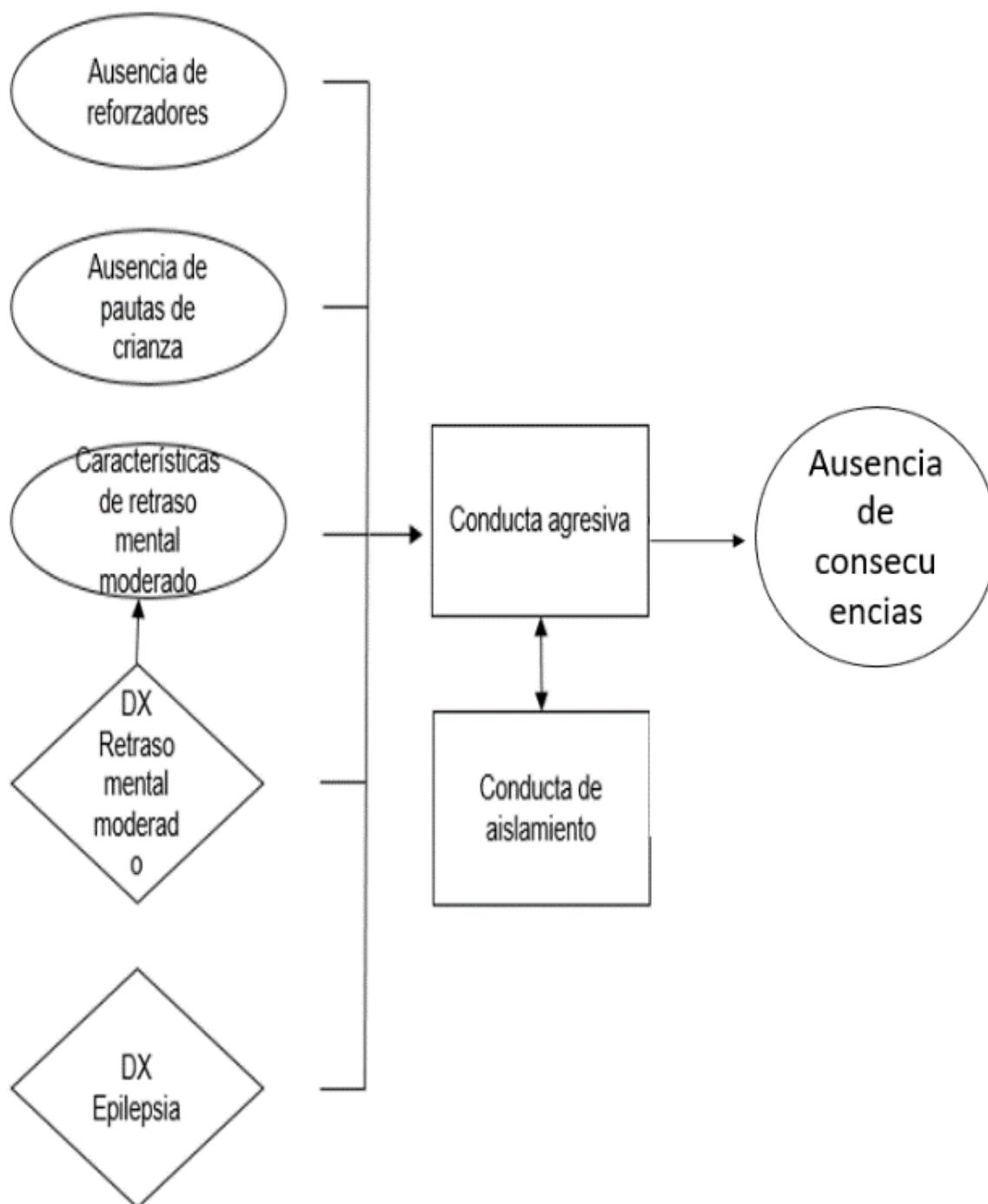


Figura 3: Representación gráfica del análisis. Tomado de Kaholokula, Joseph Keawe´aimoku, Godoy, Antonio, O’Brien, William H., Haynes, Stephen N., & Gavino, Aurora. (2013).

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

negativamente por la madre, la cual brinda tiempo a solas.

1.6 Aplicación del tratamiento

A partir de la identificación de signos, síntomas, análisis funcional y caracterización de situaciones problemas de intervención desde el modelo cognitivo conductual.

A lo largo del proceso de evaluación diagnóstica, se diseñó un plan de intervención desarrollados en diversas fases, las cuales describiré de manera particular más adelante. Así mismo en la propuesta de intervención se plantea la pertinencia de utilizar las siguientes técnicas. Las técnicas empleadas para el trabajo terapéutico fueron refuerzo positivo, el modelado simbólico y participante por medio del método de relajación de Koeppen para niños y la respiración diafragmática. Con el cual se pretende apoyar, fortalecer y enseñar estrategias de manejo emocional y conductual en los niños, como lo menciona Santesteban-Echarri, O (Colaboran Hernández, D; Rentero & Güerre, M) (2015).

El plan de intervención es organizado de la siguiente manera:

Fase 1 Evaluación

Sesión 1

En esta sesión se inicia la exploración de motivo de consulta y elaboración de historia clínica. Se diligencia el formato de consentimiento informado y entrevista inicial.

Se establece la relación terapéutica con la madre, se le explica el objetivo de realizar un estudio de caso con fines investigativos, se le socializa el consentimiento informado. La madre estuvo de acuerdo y autoriza con la firma del mismo continuar con el caso.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se logra identificar el motivo de consulta por parte de la madre.

La madre de EMI revela aspectos relacionados con la gestación, crecimiento y desarrollo, antecedentes significativos en el área familiar, social, académico, afectivo e historia del problema.

Manifiesta que la niña presenta dificultades en la frustración “haciendo pataletas”.

Sesión 2

En esta sesión es citada las docentes para conocer aspectos importantes del comportamiento del a estudiante en el aula de clases. Las docentes mencionan que es una niña tranquila, alegre y cariñosa. Niegan dificultades a nivel de conducta. En clase se mantiene la mayor parte del tiempo en silencio, poco participativa y con poca interacción.

Sesión 3

En esta sesión se realiza el primer contacto con la paciente y se realiza el examen mental. Se continúa con la evaluación por medio de entrevista semiestructurada con la madre, con el fin de ampliar y conocer otros aspectos de la dinámica familiar y aspectos de la niña acorde a la información dada en la entrevista inicial.

Con la niña se realiza dibujo libre para observar sus conductas. En la observación se logran identificar comportamientos de interés:

- Inquietud motora en silla y atención dividida

Se le entrega a la madre un registro de observación conductual, con el fin de describir cuando suceden las conductas, frecuencia, intensidad, personas presentes y que sucede después.

Sesión 4

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

La sesión tiene como objetivo realizar el análisis de registro conductual, iniciar el proceso de intervención aplicando una herramienta de reforzamiento de conductas basada en el autocontrol “La técnica de la tortuga” y realizar entrega a la madre nuevos registros de observación conductual.

En lo relacionado a la primera fase de la técnica fue una sesión agradable para el niño, estuvo atenta a la historia de la tortuga con la proyección de un video, se hicieron algunas reflexiones a partir de este y se realizó la imitación de la técnica desde casa en su habitación.

Fase 2 Intervención

Sesión 5

En esta sesión se realizó devolución a la madre información del proceso de evaluación y continuar con la psico-educación en técnicas de autocontrol con la madre y con la niña. Además, realizar seguimiento a la aplicación de la técnica de la tortuga en casa.

También se realiza entrega de escala para la evaluación de frustración Escala para la evaluación de conducta agresiva (ET), registro de observación de conductas blanco y escala de criterios para la atención, para madre y docente.

Sesión 6

El objetivo fue identificar la consciencia de emociones, reforzar los pasos de la técnica de autocontrol con la madre y entregar a la misma nuevos registros de observación conductual.

A la paciente se le muestran videos para explorar la conciencia de las emociones y situaciones en las cuales emergen las mismas.

La niña responde de forma atenta a la actividad identificando las 6 emociones básicas y situaciones cotidianas en las cuales las experimenta.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Se psicoeduca a la madre sobre la importancia de poner en práctica la técnica de la tortuga en casa.

En esta sesión se recibe vía correo electrónico los cuestionarios enviados a la madre y la docente.

Sesión 7

En esta sesión se realiza devolución de los resultados de la ETF. El realizado a la madre muestra un resultado de 21 con dificultades en control del enojo, manejo del carácter, rapidez al enfadarse y actuar sin pensar. El realizado a la paciente arroja 11 puntos, con dificultad en el control del enojo, intensidad del enojo y actuar sin pensar. Y el diligenciado por la docente puntúan 0.

Sesión 8

En esta sesión se realizó refuerzo del aprendizaje de la técnica de la tortuga para la regulación emocional. Esta sesión se desarrolló con modelado simbólico por medio de videos.

Sesión 9

En esta sesión se continuó la psicoeducación sobre las técnicas de regulación emocional y de relajación de Keoppen.

Sesión 10

El objetivo fue disminuir el nivel de tensión y frustración por medio de técnica de relajación para niños de Keoppen.

Con la madre se realizó psicoeducación sobre pautas de crianza y estrategias para el control emocional. En esta sesión se realiza entrega de los formatos de evaluación para pos-test de EFT, registros conductuales, Checklist de atención y escala de conductas agresivas.

Fase 3 Seguimiento

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Sesión 11

Esta sesión de seguimiento y análisis de registro conductuales se realiza con la madre y la paciente. Socialización de resultados con la acudiente de los cuestionarios aplicados.

EFT: en el aplicado a la madre se puede observar una puntuación de 13 puntos mostrando mejorías en los enunciados anteriormente mencionados. El realizado a la paciente arroja 8 puntos mostrando mejoría total de la conducta, y el aplicado a la docente puntúa 0.

Cuestionario de conducta agresiva/ destructiva: el realizado a la madre muestra que las conductas se mantienen con la misma frecuencia con una puntuación de 5 puntos. El realizado por la paciente arroja 0 puntos, disminuyendo totalmente la aparición de conductas agresivas. El aplicados a la docente puntúan 0.

Registro conductual: el diligenciado por la madre muestra que la paciente realiza dos conductas blanco (tirar la puerta y aislarse en el baño) una vez durante la semana. El realizado por la docente muestra que la paciente solo la realiza dos veces a la semana.

Checklist de atención con criterios diagnósticos DSM –V: el realizado por la madre puntúa ocho de nueve criterios. El realizado por la docente muestra que solo cumple con seis criterios.

Sesión 12

En esta sesión se evalúa el aprendizaje de la estrategia por medio de la secuencia de la misma. En la cual se evidencia el aprendizaje de dichas estrategias. La paciente es capaz de verbalizar los pasos y la función de la técnica.

En esta sesión también se prepara a la paciente para el cierre.

Sesión 13

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

En la última sesión de seguimiento se realiza cierre con la docente, madre y paciente, brindando las últimas recomendaciones para continuar viendo los resultados del cambio conductual.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados de las técnicas utilizadas, por medio de una comparación global del pre-test y pos-test de cuestionarios, listas de chequeos y formatos de observación diligenciados por docente, madre y paciente.

La ETF en el pre-test realizado a la madre muestra un resultado de 21 con dificultades en control del enojo, manejo del carácter, rapidez al enfadarse y actuar sin pensar. Una vez aplicado el tratamiento en el post-test se puede observar una puntuación de 13 puntos mostrando mejoraría en los enunciados anteriormente mencionados (véase Figura 4). El pre-test realizado a la paciente arroja 11 puntos, con dificultad en el control del enojo, intensidad del enojo y actuar sin pensar. El post-test arroja 8 puntos mostrando mejoría total de la conducta, (véase Figura 5). El pre-test y post-test aplicados a la docente puntúan 0, (véase Figura 6).

En cuanto a la escala de conducta agresiva/ destructiva realizada a la madre muestra una frecuencia de 6 puntos lo cual interpreta que las conductas agresivas se presentas una vez al mes. El post-test muestra que las conductas se mantienen con la misma frecuencia con una puntuación de 5 puntos, (véase Figura 7). El pre-test

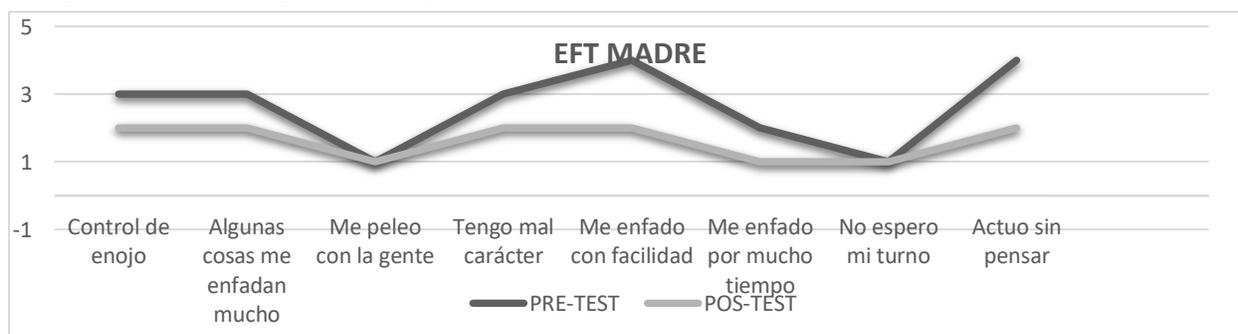


Figura 4 EFT aplicado a madre

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

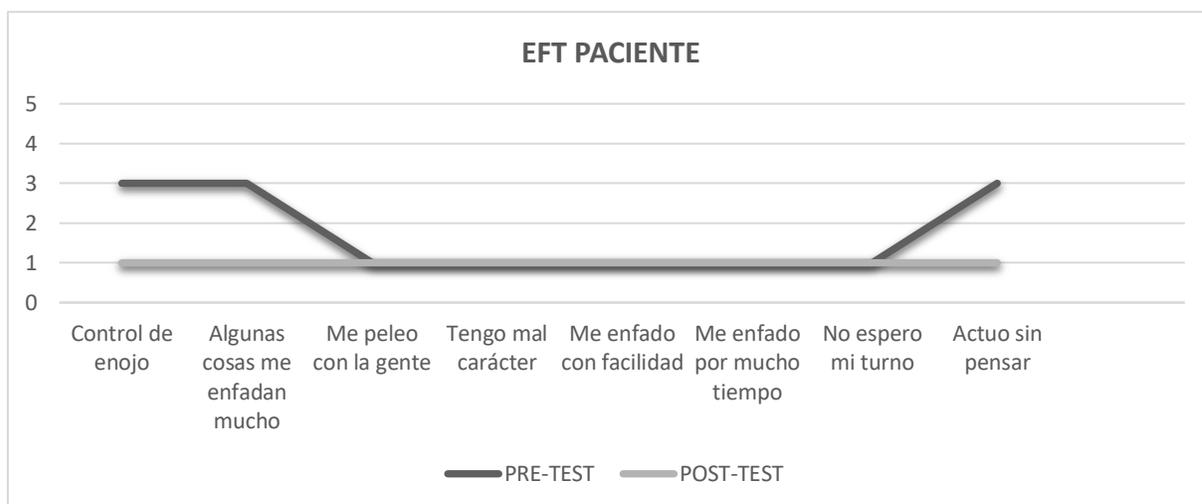


Figura 5 EFT aplicado a paciente

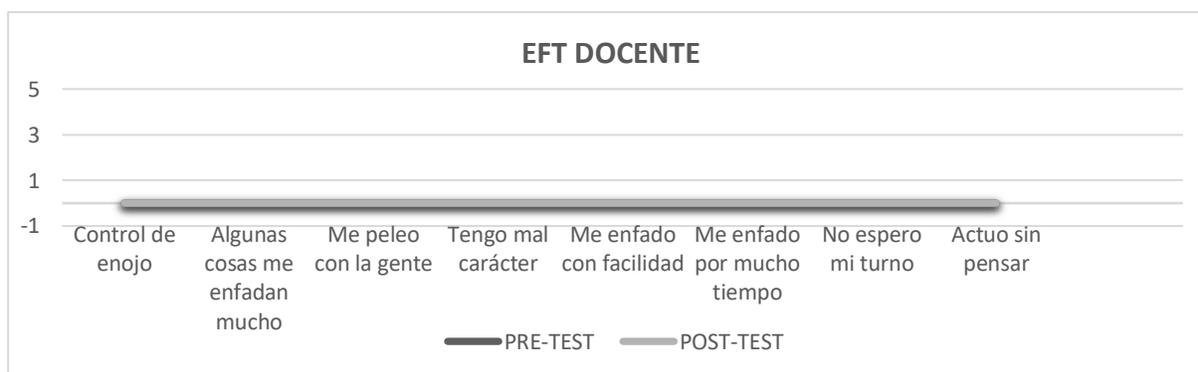


Figura 6 EFT aplicado a docente

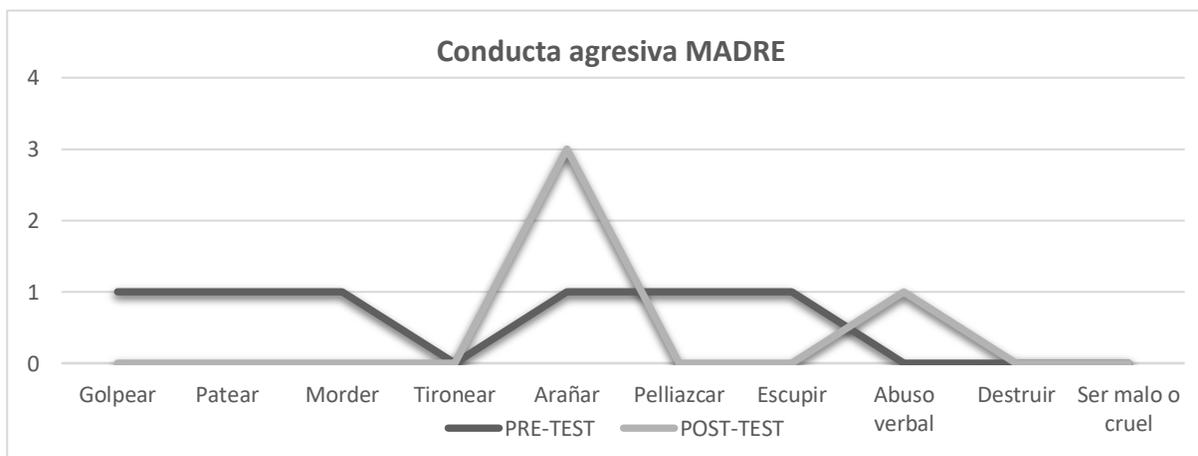


Figura 7 Conductas agresivas aplicado a madre

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

realizado por la paciente muestra una frecuencia de 9 puntos con la aparición de conductas agresivas cada semana. Luego del tratamiento el post-test arroja 0 puntos, disminuyendo totalmente la aparición de conductas agresivas, (véase Figura 8). El pre-test y post-test aplicados a la docente puntúan 0, (véase Figura 9).

Respecto al registro conductual diligenciado por la madre, esta muestra en el post-test que la paciente presenta una conducta blanca (tirar objetos al piso) realizada una vez a la semana. El post-test muestra que la paciente realiza dos conductas blanco (tirar la puerta y aislarse en el baño) una vez durante la semana,

(véase Figura 10). El pre-test realizado por la docente muestra la conducta de aislarse, cinco días de la semana. El post-test muestra que la paciente solo la realiza dos veces a la semana. (véase Figura 10).

El Checklist de atención con criterios diagnósticos DSM –V realizado por la madre en el pre-test puntúa siete de nueve criterios de trastorno atencional y al terminar el tratamiento puntúa ocho de nueve criterios. El pre-test realizado por la docente muestra siete de nueve criterios y el post-test nuestra que solo cumple con seis criterios. (véase Figura 11).

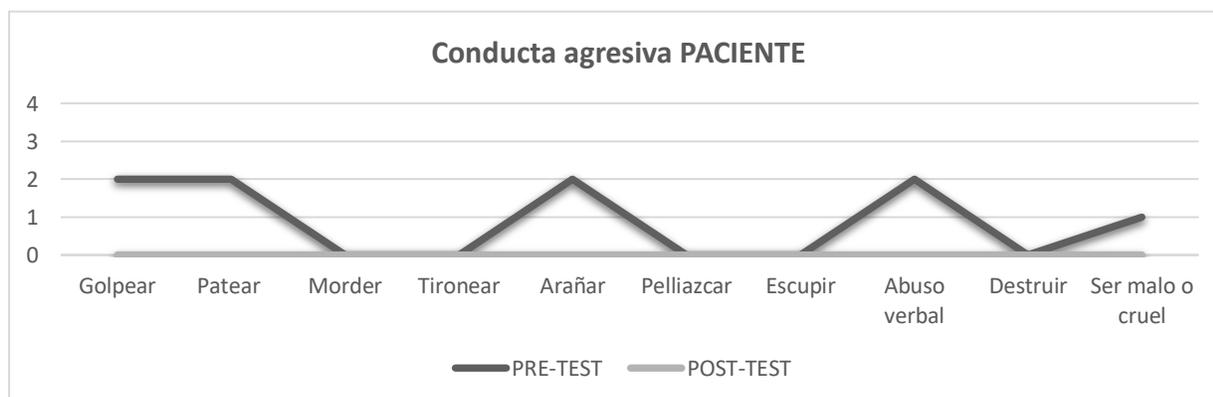


Figura 8 Conductas agresivas *aplicado a paciente*

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

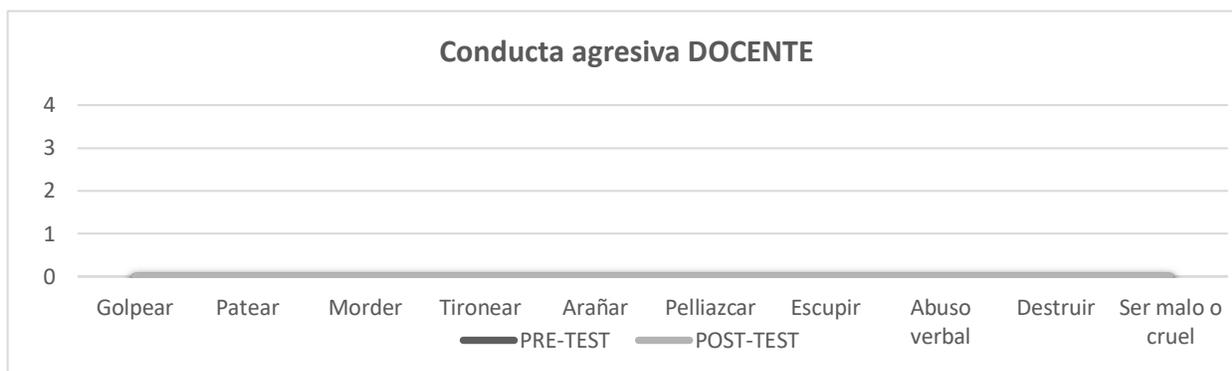


Figura 9 Conductas agresivas *aplicado a docente*

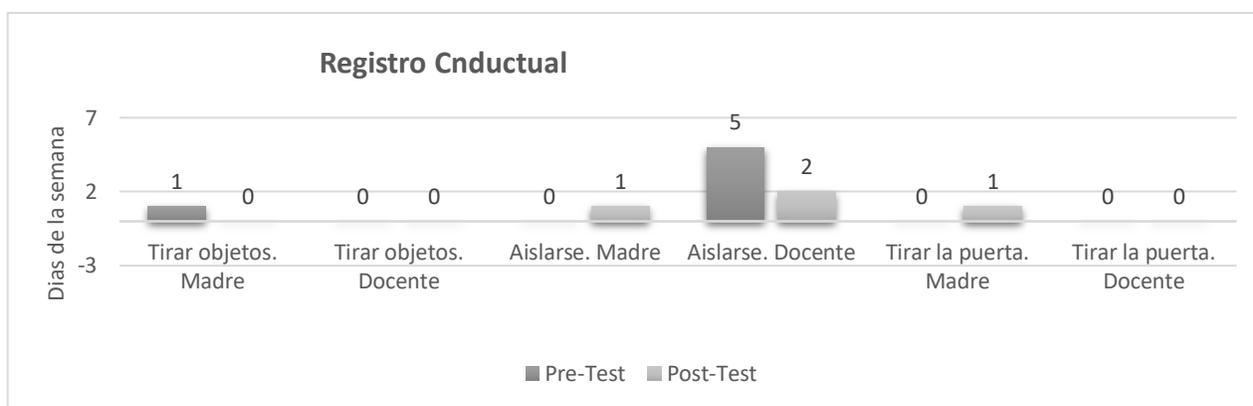


Figura 10 Registro conductual

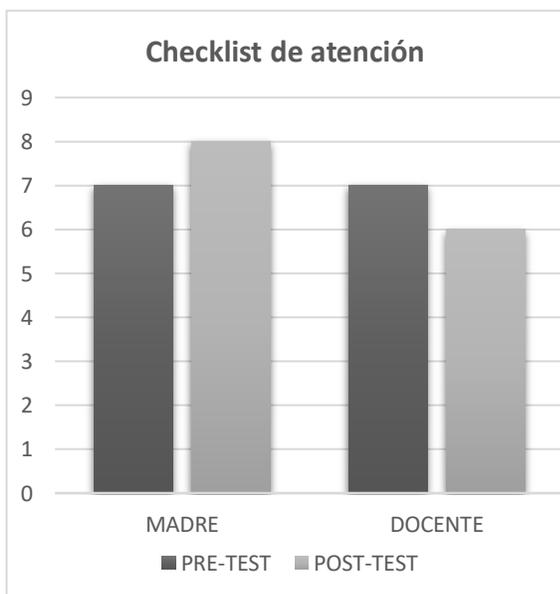


Figura11 Checklist de atención

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Discusión

Toda esta información nos permite analizar el desarrollo de las 13 sesiones de trabajo en las cuales la paciente avanzó en el manejo adecuado de la frustración, control del enojo y la aparición de conductas agresivas. (véase Figura 13). También disminuyen el número de conductas agresivas realizadas, desapareciendo la conducta de golpear, patear, abuso verbal y tironear. Todo lo anterior es corroborado por la acudiente de la menor durante la fase de seguimiento. Lo cual indica que se ha conseguido eliminar y disminuir la aparición de las conductas agresivas de la paciente realizaba. El análisis del registro conductual de la docente muestra que la conducta de aislarse disminuye en frecuencia a dos veces por semana.

El análisis general de las gráficas permite ver que la paciente disminuye la aparición de conductas que mostraban poco autocontrol al iniciar el proceso de intervención, no obstante, siguen apareciendo en menor frecuencia algunas que también demuestran agresividad. Por lo anterior descrito se cumple la expectativa de trabajo planteada en el proceso de intervención clínica.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. <file:///C:/Users/Docente/Downloads/DSM-5%20guia%20para%20el%20diagnostico%20clinico%20-%20James%20Morrison.pdf>
- Bados, A & García-Grau, E. (2011) *Técnicas Operantes*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Coronel, C. (2018) *Problemas emocionales y de comportamiento en niños con discapacidad intelectual. Perspectivas en Psicología*. vol. 14, núm. 2, pp. 351-362. <https://www.redalyc.org/journal/679/67957814011/html/>
- García, F. & García, E. (2010). *¿Qué estilo de socialización es el idóneo en España? Un estudio con niños y adolescentes de 10 a 14 años*. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 365-384. https://www.uv.es/~garpe/C/A/C_A_0041.pdf
- Ginger, F. (2012) *Inteligencia Emocional - Control del Impulso*. CEDIN Consultores S.A. <http://www.cedin.com/recursos/blog/control-del-impulso.aspx>
- Godoy, D; Eberhard, A; Abarca, F; Barbara Acuña & Muñoz, R, (2020). *Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares*. *Revista Medica Clinica Las Condes*. Vol 31, Issue 2, Pag169-173. <http://doi.org/10.2016/j.rmclc.2020.01.005>

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Gómez, M. & Cuña, A. (2017). Estrategias de intervención en conductas disruptivas,

Brasil. Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 278

293 <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/poescrito/article/view/27976/16466>

Kaholokula, Joseph Keawe 'aimoku, Godoy, Antonio, O'Brien, William H., Haynes, Stephen N.,

& Gavino, Aurora. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación

de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>

Labrador, F. J. (2011). *Técnicas de modificación de conducta. Ediciones*

Pirámide http://www.conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA%20CLINICA/RECURSOS/Tecnicas-de-modificacion-de-conducta.pdf

López, P. (2014). *Un caso de comportamiento disruptivo infantil: Tratamiento conductual en el*

ámbito familiar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 117-123.

ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147184002>

Lozada, J & Leiva, D. (2016). Estudio sobre la calidad de un instrumento de

observación. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(1), 43-50. Recuperado en 08 de

agosto de 2021. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000100004&lng=es&tlng=es)

[84232016000100004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232016000100004&lng=es&tlng=es).

Martínez, L. & Valencia, L. (2018) *Revisión de estrategias de intervención en psicología clínica*

cognitivo conductual para padres o cuidadores de niños con problemas de conducta,

realizados en Latinoamérica entre el año 2010 y

2018. <https://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5538/1/DDMEPCEPNA106.pdf>

Moreno, J.& Utria, E. (2011) *Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-*

conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes

realizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, núm. 28, julio-

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

diciembre, 2011, pp. 39-76 Universidad del Norte Barranquilla,

Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/213/21320758004.pdf>

Nachar R; Paz, C; Mena, C. &Gonzalez, A. (2018) *ASPECTOS BASICOS DEL EXAMEN*

MENTAL. Chile. <https://www.medfinis.cl/img/manuales/examen-mental-uft.pdf>

Ortega, J. & Climent, A. (2014). *Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social*.

Clínica y Salud, vol. 15, núm. 2, 2004, pp. 177-214. Colegio Oficial de Psicólogos de

Madrid. Madrid, España. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>

Prada, M. (2016) “*Estudio de caso único de un paciente de 12 años diagnosticado con un*

Trastorno de Atención con Hiperactividad presentación Hiperactiva-Impulsiva”.

Colombia. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5835/22521757.PDF.pdf?sequence=1>

Rojahn, J.&García, D. (2008) *INVENTARIO DE LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA (BPI-01)*

<file:///C:/Users/Docente/Downloads/BPI-INVENTARIO->

[%20PROBLEMAS%20DE%20COMPORTAMIENTO.pdf](file:///C:/Users/Docente/Downloads/BPI-INVENTARIO-%20PROBLEMAS%20DE%20COMPORTAMIENTO.pdf)

Rodríguez, T.; García, C. & Cruz, R. (2005). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*.

MediSur, vol. 3, núm. 3, pp. 55-70 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

Cienfuegos, Cuba. <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>

Ruiz, M.; Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo*

Conductuales. <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433025357.pdf>

Sanchez, P., Giraldo, J., & Quiroz, M. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del

comportamiento y la psicología del desarrollo. *Avances en Psicología Latinoamericana*,

241-251.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

Santesteban-Echarri, O. (Colaboran Hernández, D; Rentero & Güerre, M) (2015) *Cuadernos de Salud Mental del 12*. N.º 1.

<file:///C:/Users/Docente/Downloads/terapia%20grupal%20para%20ni%C3%B1os%20-%20ANSIEDAD-%20KENDAL.pdf>

Soto, B (2017) *Modificación de la conducta agresiva en niños, postulados de skinner según la teoría de condicionamiento operante, referente al castigo*. Ecuador. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10548/1/ECUACS%20DE00023.pdf>

Velez, X; Andrade, Y. & Tapia, A. (2020). *Programa de Mindfulness infantil para niños de 4 a 5 años con problemas de conducta*. Universidad del Azuay. Facultad de filosofía, letras y ciencias de la investigación, trabajo de graduación previo a la obtención del título de licenciada en ciencias de la educación, mención educación especial, estimulación e intervención precoz. <http://201.159.222.99/bitstream/datos/9635/1/15268.pdf>

WISC-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (2015) España.

<https://www.fundacioncadah.org/web/printPDF.php?idweb=1&account=j289eghfd7511986&contenido=tdah-evaluacion-escala-de-inteligencia-de-wechsler-para-ninos-iv-wisc-iv->