



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Decanato De Postgrado

**Trabajo de Grado para obtener el título de Magíster en Psicología Clínica
con Especialización en Psicoterapia Integrativa**

TESIS

**Terapia cognitiva conductual para trabajar rasgos de
impulsividad en individuos con trastorno de conducta.**

Presentado por:

Vega Montenegro, Kathrín Elena 4-762-625

Asesor:

Msc. Yariela Y. Yángüez R.

Panamá, 2018.

DEDICATORIA

“Nunca desistas de tus sueños, sigue las señales”

Paulo Coelho.

Dedicado primeramente a DIOS, quien cada día me dio la fortaleza y sabiduría para continuar, y para todas aquellas personas que de una u otra forma estuvieron presentes en esta trayectoria.

Kathrín.

AGRADECIMIENTO

“Mira que te mando que te esfuerces y seas valiente; no temas ni desmayes, porque Jehová tu Dios estará contigo en donde quieras que vayas”

Josué 1,9.

El triunfo en la vida es el resultado del sacrificio que tenemos que hacer para llegar lejos, es por ello que no puede faltar agradecer a Dios por las oportunidades que presenta a diario.

Padres, amigos, docentes, que de una u otra manera caminaron en este trayecto para dar alguna motivación y una palabra de aliento.

Kathrín.

RESUMEN

El estudio de investigación sienta sus bases en la necesidad de relacionar las diferentes conductas impulsivas que son emitidas por adolescentes que están en riesgo social del Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados hijo.

Se sustentará con bases a teorías, las variables de estudio; para luego aplicar una serie de instrumentos que ayudarán a determinar el rasgo de impulsividad en adolescentes con trastorno de conducta, se implementará un proceso psicoterapéutico con énfasis en el modelo de Terapia Cognitiva (Modelo de Beck) con un modelo de terapia de tercera generación denominada terapia de aceptación y compromiso.

El estudio de investigación se realizará desde el enfoque mixto, valorando las fortalezas de ambos enfoques y minimizando sus debilidades. Las variables en estudio son psicoterapia basada en las terapias cognitivas de segunda y tercera generación y la impulsividad. La población está comprendida por adolescentes que cumplan con un rango de edad de 15 a 18 años.

El modelo de terapia será trabajado con los casos donde predomine la impulsividad para posteriormente, realizar conclusiones y recomendaciones con base a los resultados obtenidos.

Palabras claves: trastorno de conducta, impulsividad, terapia Cognitiva de Aron Beck, terapia de aceptación y compromiso.

ABSTRACT

The research study is based on the need to relate the different impulsive behaviors that are issued by adolescents who are at social risk in the Custody and Compliance Center Aurelio Granados son.

It will be based on the study variables theories, then a series of instruments will be applied which help us to determine the trait of impulsivity in young adolescents with conduct disorder and, as a result, implement a psychotherapeutic process with emphasis on the model of Cognitive Therapy (Model de Beck) with a third-generation therapy model called acceptance and commitment therapy.

The research study will be conducted from the mixed approach, taking into account the strengths of both approaches, to minimize their weaknesses. The variables under study are psychotherapy based on cognitive therapies of second and third generation and impulsivity and, it will be applied to a population among young adolescents who meet with an age range of 15 to 18 years.

The therapy model will be used with cases where impulsivity predominates in them, to later make conclusions and recommendations based on the results obtained.

Keywords: conduct disorder, impulsivity, cognitive therapy by Aron Beck, acceptance and commitment therapy.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN

| | Página |
|---|---------------|
| CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN | 11 |
| 1.1 Planteamiento del problema: antecedentes teóricos, situación actual, problema de investigación. | 12 |
| 1.1.1 Problema de investigación. | 22 |
| 1.2 Justificación. | 22 |
| 1.3 Hipótesis de la investigación. | 23 |
| 1.4 Objetivos de la investigación: general- específicos. | 24 |
| 1.4.1 Objetivo general | 24 |
| 1.4.2 Objetivos específicos | 24 |
| | |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 25 |
| 2.1 Definición de Trastornos de Conducta. | 26 |
| 2.2 Criterios diagnósticos del DSM-5 sobre los trastornos de conducta. | 29 |
| 2.3 Definición de Impulsividad | 32 |
| 2.4 Teorías de personalidad. | 35 |
| 2.5 Tipos de impulsividad | 40 |
| 2.6 Las bases neurológicas de la impulsividad | 42 |
| 2.7 Trastornos asociados al control de impulsos. | 43 |
| 2.8 Definición de terapia cognitiva- conductual. | 45 |
| 2.9 Definición de terapia conductual. | 47 |
| 2.10. Pilares básicos de la terapia cognitivos conductuales. | 47 |
| 2.10 Tipos de terapias cognitivas conductuales | 50 |
| 2.10.1 Modelo de Beck | 50 |
| 2.11.2 Modelo de Ellis (TREC) | 53 |

| | | |
|---|--|------------|
| 2.12 | Terapia de Aceptación y Compromiso (tercera generación). | 55 |
| 2.12.1 | Componentes de la terapia de aceptación y compromiso | 57 |
| CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO | | 60 |
| 3.1 | Diseño de Investigación y tipo de estudio | 61 |
| 3.2 | Población, sujetos y tipo de muestra estadística | 62 |
| 3.3. | Variables – definición conceptual y definición operacional- | 63 |
| 3.4 | Instrumentos y/o herramientas de recolección de datos y/o materiales-equipos | 64 |
| 3.5 | Procedimiento. | 65 |
| CAPÍTULO IV: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN | | 66 |
| 4.1 | Descripción Institucional | 67 |
| 4.2 | Introducción | 68 |
| 4.3 | Justificación | 68 |
| 4.4 | Objetivos | 69 |
| 4.5 | Beneficiarios | 69 |
| 4.6 | Desarrollo de la propuesta | 70 |
| 4.7 | Fase de intervención | 71 |
| CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS | | 161 |
| 5.1 | Tipos de impulsividad según la escala de Barratt. | 180 |
| 5.2 | Criterios diagnósticos del trastorno de conducta. | 197 |
| 5.3 | Rasgo que predomina según la escala de impulsividad de Barratt en los sujetos de estudio. | 198 |
| 5.4 | Diferencias entre las conductas impulsivas según la escala de Barratt con la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman. | 201 |

| | |
|---|-----|
| 5.5 Modelo psicoterapéutico desde un enfoque clínico de terapia cognitiva conductual para trabajar la impulsividad. | 214 |
| 5.6 Resultados de la aplicación de las escalas. | 217 |
| 5.7 Comprobación de hipótesis | 221 |
| | |
| CONCLUSIONES | 224 |
| LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 227 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS E INFOGRAFÍA | 229 |
| ANEXOS | |
| INDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS | |

INTRODUCCIÓN

El estudio de investigación denominado terapia cognitiva conductual para trabajar rasgo de impulsividad en individuos con trastorno de conducta es relevante para la nación panameña, porque se refleja la necesidad de prestar atención al manejo de las emociones específicamente el control de los impulsos o impulsividad, ya que se ve el incremento de actos delictivos en Panamá a consecuencias de actuar desmesuradamente, sin medir los resultados de las acciones.

Cabe recalcar que desde muy temprana edad los adolescentes están adentrándose a grupos delictivos debido a diversos factores (sociales, familiares, emocionales, conductuales) que están inmersos a influir como causa de un desenfreno en la conducta; las figuras parentales juegan un papel muy importante en la vida de un menor que está en busca de su propia identidad.

La atención, los factores económicos, el entorno donde se desenvuelven, la dinámica familiar, su estado emocional entre otros factores son un punto clave que influye en la vida de aquellos individuos menores que están en busca de una atención y valorización de su propia imagen.

La impulsividad está relacionada con la pérdida de la voluntad y conciencia de la persona, produciendo así acciones irrefrenables o explosivas, donde causa en ellos la curiosidad que incita a buscar nuevas sensaciones sin medir las consecuencias.

En el capítulo I, se desarrollarán aspectos relevantes relacionados con el tema de la investigación donde se implementarán objetivos a tratar para llevar a cabo un

plan de psicoterapia para la población en el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados hijo referente a cuatro casos.

En el capítulo II se desarrollará de manera teórica aspectos relacionados con las variables de estudio, teorías que sustentan el tema de la investigación y los aportes significativos según estudios realizados referentes a la problemática que traen consigo la pérdida de control de impulsos. Posteriormente, se buscará indagar si la impulsividad está relacionada con alguna deficiencia a nivel neurológica que influya en la conducta de los individuos con trastornos de conductas.

En el capítulo III, se medirá, a través de instrumentos, las variables en estudio y se buscará determinar si la terapia cognitiva basado en el modelo de Beck junto con la terapia de aceptación y compromiso puede brindar aportes positivos para trabajar la impulsividad de dichos jóvenes.

En el capítulo IV se presentará un plan de intervención psicoterapéutico para trabajar con cuatro casos que se consideren relevante para llevar a cabo el control de los impulsos, el mismo será implementado y trabajado a través de sesiones y se utilizará la Terapia Cognitiva Conductual basado al modelo de Beck combinada con la terapia de Aceptación y Compromiso.

Posteriormente, en el capítulo V se evaluará, analizará y plasmarán los resultados, recomendaciones y conclusiones referentes al estudio de investigación acerca de la psicoterapia cognitiva como tratamiento para los individuos con conductas impulsivas. Luego se realizará, a los cuatro jóvenes que participen en el programa de terapia, un pos test para corroborar si la terapia tuvo efectividad para trabajar conductas impulsivas.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Existen diversos factores (familia, sociedad, entorno, emociones, entre otros) que influyen en que los adolescentes que están en riesgo social emitan y desarrollan conductas impulsivas, como manera de liberar tensiones o situaciones arraigadas a su pasado que son emitidas a través de una acción; por ello la mayoría de estos jóvenes vulnerables toman la decisión de adentrarse a grupos delictivos como forma de escape y búsqueda de atención y de reconocimiento por las acciones sin considerar que dichas conductas son desfavorables para ellos, es aquí donde al infringir las normas que están establecidas dentro de la sociedad pasan a formar parte de individuos con posibles trastornos de conducta.

Se debe rescatar que el incremento de jóvenes incorporándose a grupos delictivos trae consigo una imagen referente a la convivencia dentro del hogar, los padres como figuras de autoridad no comprenden aquellos comportamientos de sus hijos, existe una escasa o ausencia supervisión parental hacia los adolescentes, la disciplina puede ser severa, permisiva o ausente, donde representa una problemática al establecer pautas educativas familiares que predicen la posterior conducta antisocial.

Como referencia internacional, se hace mención a diversas investigaciones, artículos y estudios que se han realizado con base a las conductas impulsivas que surgen en esta población vulnerable a través de técnicas terapéuticas para poder obtener logros significativos. Se debe hacer conciencia de los resultados de la investigación que los involucre y puedan resocializarlos. También, se toman como referencias otras investigaciones relacionados con las variables en estudio.

Rebolledo, (2015) realizó un “estudio de casos en pacientes con trastornos de personalidad antisocial para tratar la impulsividad desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad” haciendo referencia que los adolescentes suelen tener mayor vulnerabilidad si crecen en lugares donde predominan las acciones delictivas, infringiendo las normas establecidas en la sociedad; considera a su vez que el poco contacto con la dinámica familiar son factores que influyen a que los mismos desarrollen conductas desadaptadas. El autor se enfocó en la impulsividad, ya que emitir acciones apresuradamente da como resultado que los pacientes tengan problemas en el ámbito social y con la ley; la población en riesgo social como son los jóvenes partícipes presentan violencias en muchas situaciones de la vida, considerando que, si reciben tratamiento de manera adecuada pueden disminuir como tal, las conductas impulsivas.

A través de un plan de intervención psicoterapéutico enfocado en la terapia con técnicas cognitivas conductuales, se logrará efectivamente el mejoramiento de las habilidades sociales, autocontrol, disminución de la ansiedad, manejo del estrés entre otros factores que considera influyen en la conducta impulsiva, dando como resultado que se deben aplicar técnicas que sea acorde a la necesidad del paciente.

Coello, (2017) realizó un estudio referente a la “Terapia grupal con enfoque cognitivo conductual para el control de los impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas”, su estudio dio como resultado que la terapia grupal con enfoque cognitivo conductual se adecua a las necesidades que requieran los pacientes, sin embargo, hace mención que factores externos como la desvinculación afectiva y la despreocupación por la familia influyen para que se hayan adentrado además al consumo de sustancias psicoactivas. Considera que esta población requiere de mayor atención para evitar recaídas y no se incremente en cuanto al manejo de las emociones (Impulsividad.)

Moreno, (2016) realizó un estudio a nivel doctoral sobre “La conducta antisocial a partir del autocontrol y la influencia de los amigos”, donde refiere que la impulsividad y la búsqueda de riesgo son factores que predominan en el desarrollo de conductas desadaptadas.

La misma a su vez establece que la existencia de vínculos afectivos dentro de la dinámica familiar es un elemento importante que evita que los jóvenes puedan adentrarse en actividades delictivas y posterior eviten tener alguna inconformidad con la ley, siendo así favorables para la población en riesgo debido a que se considera que el factor afectivo es de suma importancia para el manejo de las emociones.

La adolescencia es una etapa donde los individuos suelen experimentar diversos cambios ya sea a nivel físico, emocionales y sociales, los mismos empiezan a buscar autonomía, independencia, búsqueda de su identidad, es aquí donde las etapas de Erick Erickson se hace presente resaltando así que el adolescente en proceso de desarrollo busca interactuar con amigos y experimentar otras emociones siendo así influencia para realizar dichas actividades, se va dando un distanciamiento de su grupo de socialización primaria para ir relacionándose con su grupo de amigos, consideran que los grupos de iguales tienen mayor influencia en los jóvenes que la propia familia.

Moreno, (2016) señala que las conductas sociales son aprendidas, resaltando así la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, indicando que se aprende a través de la imitación y la observación, por ello refieren que las conductas desviadas como el manejo y consumo de sustancias psicoactivas, la violencia,

realizar actos perjudiciales en contra de la integridad de otras personas entre otras son conductas que son aprendidas.

La familia viene siendo la fuente que influye en la conducta de los adolescentes debido a el establecimiento de normas, mencionado anteriormente si son ausentes o exigentes incitan en el menor a desarrollar diversas conductas; si es permisivo y suelen facilitar todo lo que requiera el mismo utilizará estrategias para adquirir lo que quiere, es aquí donde desde muy temprana edad se debe ir trabajando el control y manejo de las emociones de las personas ya que, el incremento de actuar sin tomar conciencia de las acciones es alto, es por ello que en la adolescencia se corre el riesgo de aprender patrones de conductas desviadas.

Rodríguez, (2014) nos dice en su estudio de investigación “Un análisis de la relación entre grupo de amigos, edad y conducta antisocial: delimitando diferencias de género”, que tanto los hombres como las mujeres sin importar la edad, que tengan contactos con grupos de amigos delictivos tienen mayores probabilidades de desarrollar conductas antisociales.

Los grupos de amigos entran en juego cuando hay problemas dentro de la dinámica familiar en donde el eje emocional del adolescente se traslada a otros entornos, donde consideran ellos sí tienen la atención que requieren, buscando una estabilidad emocional, debido que los deseos de control de los padres, la rebeldía y hostilidad por parte del adolescente joven, y las relaciones con el grupo de amigos crea una realidad psicosocial generando consecuencias indeseables llevándolos a formar parte de grupos delictivos en una sociedad que rige normas en contra de ellos.

Corbí Gran; *et al.* (2015) en un artículo trabajado sobre “Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes” refiere la impulsividad como factor importante para el desarrollo de conductas disruptivas que surgen en la niñez y posteriormente se va incrementando en la adolescencia, señala que es de naturaleza bidimensional, es decir que puede afectar tanto el lado conductual como el cognitivo siendo así factores que influyen en la conducta de este.

Aduce que el factor conductual se debe a que el individuo tenga una desinhibición o inquietud a nivel motora y el factor cognitivo se ve involucrada la falta de planificación en cuanto a la conducta, siendo así desfavorable para quien lo padece pueda controlar sus impulsos, además la impulsividad y esas conductas disruptivas van acompañadas de otros factores psicológicos que son cruciales en el proceso de desarrollo de un adolescente joven como es la baja autoestima, estilo de afrontamiento despreocupado, la desesperanza, desmotivación, desatención y la ausencia de proyecto de vida.

La personalidad de cada adolescente se va desarrollando a medida que la conducta se esté modificando, las personas con conductas antisociales suelen carecer de empatía, son muy hostiles e impulsivos no tienen equilibrio a nivel emocional, tienen bajo o escaso nivel de escolaridad, desvalorización hacia su propia persona, desarrollan conductas agresivas con las demás personas. Aún consideran que existen factores que influyen en la conducta impulsiva de los adolescentes jóvenes y por ello seguirán estudiando y relacionando las variables de estudio como lo es la impulsividad con la ansiedad.

Cruz, Montiel, *et al.* (2014) en su artículo “Análisis de las conductas consideradas como parte del trastorno de personalidad antisocial: una mirada desde la teoría Gestalt”, señala que la personalidad antisocial es uno de los trastornos principales que requiere de mayor atención, ya que las personas tienen mayores

probabilidades de cometer acciones violentas, aduce además que las personas con una infancia problemática, con poco manejo del temperamento son más vulnerables a practicar conducta antisocial.

Los factores individuales como los sociales influyen en los comportamientos de los individuos, vivencias difíciles, red de apoyo familiar escasa, maltrato, entre otros, son factores que incitan a los jóvenes a desarrollar conductas violentas, no hay establecimiento de normas y la educación es escasa.

El estudio de investigación de los autores tuvo como objetivo principal ejecutar un análisis de aquellas conductas que forman parte del trastorno de personalidad antisocial, desde un enfoque gestáltico, valorizando el ciclo de la experiencia Gestalt y la persona que padece dicho comportamiento, donde indican ser de gran ventaja, ya que evalúan al individuo desde diversas perspectivas unificando todas sus funciones.

Es un abordaje amplio que puede ser de gran ayuda para los profesionales de la salud debido a que se realiza un estudio completo considerando así que la teoría de la Gestalt apoya patrones que involucra el trastorno trabajando aquellas implicaciones profundas en el desarrollo psicológico y emocional de la persona además de tomar en cuenta el entorno donde se desenvuelve.

Alarcón, *et al*, (2018) en un artículo que realizaron acerca de la “Personalidad y gravedad delictiva en adolescentes con conducta antisocial persistente” aclara que las conductas tanto agresivas como antisociales se dan de manera frecuente en la adolescencia dando como resultado un desajuste a nivel personal como su entorno social, creando una forma para entender el inicio y progreso de la acción delictiva en el curso de la vida.

Consideran que los comportamientos impulsivos emergen en la niñez y adolescencia desarrollándose posteriormente en la edad adulta, haciendo mención que esta población partícipe de conductas antisociales suele carecer de empatía, hay una baja desensibilización a nivel social, poca carencia afectiva, modificando su estructura cognitiva, con pensamientos o ideales propios de psicopatía.

Alarcón- Pérez, *et al*, (2018) infiere que los diversos estudios que se han investigados, han aportado importantes evidencias en cuanto a la interacción de procesos cognitivos y emocionales referentes a la conducta agresiva y pro social en adolescentes que pueden tener o no un comportamiento delictivo, indicando así la relación que hay con los pares y las prácticas parentales que dan como resultados comportamientos desadaptativos siendo más probable en la adolescencia, ya que los niveles de empatía bajan y aumenta la impulsividad provocando conductas agresivas y violentas y donde haya mayor influencia de pares desviados hay menor toma de perspectiva y valoración de los resultados.

La impulsividad según los resultados del estudio se debe a factores emocionales que influyen en la conducta del adolescente joven siendo un factor de riesgo donde predominan delitos agresivos.

Actualmente, en Panamá se ha presentado un incremento en cuanto a los actos delictivos siendo vinculados jóvenes comprendidas en un rango de edad de los 13 – 18 años, cometiendo acciones violentas, agresivas acompañadas de poca tolerancia a la frustración, baja empatía, insensibilidad hacia los demás y poco respeto hacia las figuras de autoridad.

Por ello, se ve un escenario de violencia, percibiéndose un clima de inseguridad desfavorable para el gobierno que rige actualmente, ya que la ola de violencia, crímenes, suicidios, femicidios, pérdida de control de la ira, agresividad y posterior los lleva actuar impulsivamente, crea en la ciudadanía el temor por el cual solicitan mayor control y seguridad en el país. Ahora bien, viendo que hay factores que influyen en dichos comportamientos en los individuos con trastornos de conductas, el estudio de investigación busca analizar las diferentes conductas que son emitidas por esta población y que logros se pueden obtener a través de psicoterapia.

La Universidad ULACIT realizó un estudio acerca de la delincuencia juvenil en Panamá, donde señala que hay muchos factores que influyen en el desarrollo de conductas antisociales en jóvenes que están pasando por problemas familiares, los problemas económicos, desatención, deserción escolar, falta de la figura de autoridad dentro del hogar, carencias afectivas, maltrato, violencia, el entorno, los medios de comunicación entre otras incitan a que la juventud actualmente se incorpore a grupos de pandillas influenciados por grupos de amigos con las mismas conductas, desarrollando comportamientos que son inadecuados actuando impulsivamente para obtener y cubrir sus necesidades, refiere además que estas conductas son aprendidas. (ADC-ULACIT, 2012)

Coriat, (2017) en un artículo de investigación que realizó del periódico la Estrella de Panamá acerca de “Las pandillas, los carteles y su relación con otros grupos” nos habla acerca del incremento y el manejo de los grupos delictivos en Panamá indicando que el 2014 existían aproximadamente 5 mil jóvenes relacionados a grupos de pandillas.

Señala que, de acuerdo con estadísticas brindadas por la policía nacional hace dos años atrás el número de jóvenes incorporados a grupos delictivos había

reducido, sin embargo, a través de los medios de comunicación se ve reflejado como los adultos influyen en la vida de aquellos jóvenes que están en busca de su propia identidad, tomando en cuenta los factores de riesgo por lo que están atravesando, siendo así vulnerables y fáciles de influenciar. Indica que la mayoría de los jóvenes, adultos incorporados en ese mundo de conductas antisociales vuelven a reincidir.

Se resaltan notas asociadas a la conducta antisocial debido que están acompañadas de agresión, violencia, impulsividad, que los conduce actuar sin pensar en las consecuencias desfavorables, ya que los mismos carecen de proyectos de vida.

En Panamá, los medios de comunicación han sido un puente para influir e incrementar la participación de adolescentes en actos delictivos, así como en reincidir debido a la falta de tolerancia y satisfacción de aquellas necesidades físicas como emocionales debido a factores como la desintegración familiar, económicas, social, los cuales son detonantes para que la población en riesgo social busque entre sus pares el medio para contrarrestar aquellas frustraciones, ejerciendo gran influencia para el desarrollo de conductas delictivas.

En Panamá se recomienda crear políticas integrales para reducir la delincuencia juvenil, en un reportaje de TVN noticias, señala la jueza penal de adolescentes Kathia Ponce que la mayoría de los jóvenes que pasan por los despachos judiciales presentan características similares entre las que destaca: consumo de drogas, hogares disfuncionales, deserción escolar e inicios de la vida sexual a temprana edad.

Los jóvenes de bajos recursos cuyos padres no tienen la facilidad de brindarles mejor calidad de vida son los que buscan la forma de obtener las cosas e incurrir en cometer actos delictivos. Los jóvenes de las zonas rojas son los que más se involucran en este tipo de delitos, aduciendo así que la mayoría son varones, sin embargo, las niñas tienden a involucrarse en delitos de lesiones, indica además que los robos, posesión de armas y homicidios son los delitos que más cometen los jóvenes en conflictos con la ley.

Aduce la jueza que, aunque la jurisdicción penal adolescente no entró en las reformas del sistema penal acusatorio este proceso debe aspirar a nuevos procedimientos y las reformas para que haya celeridad en los casos, destacando la necesidad de trabajar para que no vuelvan a reincidir.

En la provincia de Chiriquí, hay pocos estudios que estén relacionados con la impulsividad, considerado ser una limitante para adquirir información de los mismos. Algunos estudios relacionados con la impulsividad como la pérdida de control de ira, agresividad, situaciones bajo estrés, entre otros factores son patrones propios que van ligados a incentivar la impulsividad, cabe señalar la población que desde temprana edad empieza a desarrollar el trastorno de conducta que posterior según los criterios DSM- 5 pasará a formar parte de un trastorno de personalidad antisocial como tal.

Bryan, (2015) realizó un informe de práctica profesional en la provincia de Chiriquí, sobre “Aplicación del modelo integrativo clínico al servicio comunitario en el departamento de psicología de la alcaldía municipal de David” se enfocó en una población con poco control de la ira, donde aplicó diversas técnicas basándose en la técnica Humanista y la terapia racional emotiva conductual de Albert Ellis, con el objetivo de que se obtenga un mejoramiento en cuanto a la conducta, señala la importancia de las atenciones psicológicas porque considera hay un acercamiento

con el paciente y a su vez se buscan soluciones adecuadas de los posibles conflictos emocionales que pueden estar influyendo.

1.1.1 Problema de investigación

De acuerdo con la problemática que emerge de los jóvenes, actualmente, acerca del manejo de las emociones específicamente la impulsividad como factor de riesgo que los incita actuar apresuradamente sin valorar las consecuencias de sus acciones, el estudio de investigación sienta sus bases en la necesidad de aplicar terapia cognitiva conductual para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta en una población de adolescentes jóvenes del centro de custodia y cumplimiento Aurelio Granados hijo. Por ello la pregunta de investigación será formulada:

¿Cómo la terapia cognitiva conductual puede ser efectiva para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta?

1.2 Justificación

Con esta investigación se podrá obtener mayor información acerca de rasgos de impulsividad en individuos que emitan conductas que desencadenan resultados desfavorables para quien lo practica, por ello se considera que implementar estrategias terapéuticas puede ser de ayuda para que los jóvenes trabajen posteriormente la pérdida del control de sus impulsos.

En la provincia de Chiriquí se puede ver incrementos en las acciones por actuar de manera apresurada perdiendo el control de los impulsos, según un archivo obtenido del periódico La estrella de Panamá, en el país la ola de violencia e

inserción de adolescentes jóvenes en un rango de edad de 16-17 años a grupos delictivos va en aumento debido a factores (familiares, sociales, económicos, emocionales) que influyen a que desde temprana edad los mismos busquen entre sus pares satisfacer necesidades carentes en la vida de cada uno. Por su parte, el fiscal de antipandillas del Ministerio Público Nahaniel Murgas, señala que las pandillas han trasladado sus actividades hacia las provincias centrales y Chiriquí lo que ha traído como resultados que aumenten los índices de criminalidad en estas regiones. Es por ello que se considera importante rescatar la población en riesgo con herramientas terapéuticas para disminuir rasgos que son complementos para ingresar a grupos delictivos, en este caso la impulsividad.

El estudio va dirigido a determinar los avances significativos a través de la terapia cognitiva como modelo psicoterapéutico para trabajar en base a la impulsividad en adolescentes jóvenes que comprenden un rango de edad de 15 a 18 años, la misma será valorada a través de instrumentos que ayudarán a determinar el grado o nivel de dificultad de dichos comportamientos.

El estudio tiene como finalidad implementar el proceso psicoterapéutico en 4 casos que tengan mayor predominio en relación al modelo de terapia cognitivo (Modelo de Beck), con el modelo de terapia de tercera generación de aceptación y compromiso.

1.3 Hipótesis de la investigación

HI. La terapia cognitiva conductual es efectiva para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta.

HO. La terapia cognitiva conductual no es efectiva para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta.

1.4 Objetivos de la investigación: general- específicos

1.4.1 Objetivo general

Comprobar que la terapia cognitiva conductual pueda trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastornos de conducta.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Identificar los diferentes tipos de impulsividad que son emitidas por adolescentes jóvenes con trastornos de conducta.
- Determinar con el DSM- 5 si la población en estudio cumple con los criterios diagnósticos del trastorno de conducta.
- Determinar con la escala de impulsividad de Barratt el rasgo que predomina más en los sujetos de estudio.
- Aplicar la escala de búsqueda de sensaciones Zuckerman para analizar las diferencias entre las conductas impulsivas que son emitidas por adolescentes jóvenes.
- Aplicar de un modelo psicoterapéutico desde un enfoque clínico de Terapia Cognitiva conductual para trabajar la impulsividad en jóvenes que están recluidos en dicha institución.
- Evaluar los resultados de la aplicación de las escalas.
- Comprobación de hipótesis

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

El estudio de investigación será trabajado en base a sus variables, desarrollándose posteriormente de manera teórica- conceptual los siguientes niveles:

- Trastorno de conducta
- Impulsividad
- Terapia cognitivo conductual

2.1 Trastornos de Conducta

El trastorno de conducta se caracteriza por la persistencia y reiteración de las conductas donde los adolescentes desde muy temprana edad violan las normas sociales y rompen los derechos de las demás personas, actuando de manera persistente.

Alda, (2009) considera que existe mayor riesgo en la población masculina a desarrollar desde muy temprana edad el trastorno de conducta, ya que existen características propias como mantener conductas agresivas, mentir y a medida que pasa la etapa de infancia a la adolescencia suelen aparecer acciones hacia animales con crueldad física, desarrollando actuaciones antisociales como robos, hurtos, fugas, deserción escolar, entre otras. A diferencia de las mujeres consideran que las conductas que son emitidas se deben a factores que influyen en su dinámica familiar (son aquella población que proceden de familias problemáticas y suelen presentar déficit a nivel cognitivo y neuropsicológico), estas conductas son pronunciada en la adolescencia.

Existen características propias de aquellos individuos con trastorno de conducta como mantener un bajo coeficiente intelectual, déficit a nivel neuropsicológico, falta de autoridad en el hogar, falta de comprensión, son fuente importante para que los adolescentes desde temprana edad busquen entre sus pares las carencias que poseen.

Rodríguez, (2017) considera que el trastorno del comportamiento está relacionado con los trastornos negativistas desafiante y el trastorno de conducta como tal, ya que ambos trastornos los define como conductas donde el individuo desafía las normas de la autoridad, con acciones contrarias e irritables, emitiendo conductas agresivas, hacia las personas, propiedades o cometiendo robos con destrucción de objetos ajenos como mecanismo para satisfacer y reemplazar carencias emocionales así como atención por parte de sus pares.

Por su parte De la Peña, *et al.* (2011) define el trastorno de conducta como el más grave caracterizándose por conductas repetitivas y de manera persistente donde el sujeto comete las acciones que van en contra de la ley: violación hacia los derechos de las demás personas, normas, leyes.

Roca, *et al.* (2010) hace referencia acerca del trastorno disocial, conocido como trastorno de conducta según el DSM- 5 como aquellos problemas que se dan a nivel del comportamiento, teniendo aparición desde temprana edad (aproximadamente desde los 7 años) prediciendo posteriormente la aparición del trastorno de personalidad antisocial, dándose un diagnóstico después de los 18 años, si cumple con los criterios del trastorno de conducta.

La mayoría de los autores que definen el trastorno de conducta, consideran desde diversas perspectivas que son problemas que se dan a nivel del comportamiento,

y van aunados con otro tipo de trastornos si no son tratados con tiempo. Cabe señalar que los factores familiares, del entorno, emocionales y sociales influyen a que estos jóvenes tengan la vulnerabilidad de ingresar a conductas delictivas si crecen en un ambiente donde su esquema es la violencia.

Según Mireia (2012) experta en antropología de la crianza considera que el experimento realizado por el psicólogo Albert Bandura acerca del muñeco bobo, demuestra que los niños aprenden a ser violentos por parte de los adultos, es decir si dentro de la dinámica familiar existen conductas violentas y agresivas lo que se está incentivando a los menores es a emitir dichas conductas más adelante.

Recalca la labor de Bandura de su teoría del aprendizaje social, donde se demuestra que aquellos patrones de comportamientos agresivos y violencia se desarrollan desde la infancia por medio de la imitación de sus modelos (sus padres, hermanos, compañeros, docentes, medios de comunicación, entorno donde se desenvuelven).

Peláz, (2016) define el trastorno de conducta como patrones de conductas persistentes donde el individuo no presenta ningún remordimiento, ni culpa, carecen de empatía y no les toman valor a las consecuencias de sus acciones desarrollando conductas repetitivas que pueden convertirse en un trastorno de personalidad antisocial.

La Organización Mundial de la Salud define el trastorno de conducta disocial como patrones de conductas repetitivas y persistentes que provocan un deterioro significativo en las relaciones sociales, académicas, laborales, donde el sujeto en

riesgo social pone en manifiesto la pérdida del control de sus impulsos cometiendo acciones que tienen resultados desfavorables. Mobilli Rojas, *et al*, (2006)

2.2 Criterios diagnósticos del DSM-5 sobre los trastornos de conducta

El DSM es una herramienta esencial para los profesionales de la salud, la utilizan para realizar diagnósticos de diversos trastornos mentales, cabe señalar que en el DSM-IV el trastorno de conducta era denominado el trastorno disocial, sin embargo, hubo cambios significativos en el nuevo manual en el cual se detalla los criterios establecidos para el diagnóstico del trastorno de conducta:

Según Iborra, (2014) (p.1) los detalla a continuación:

Cuadro # 1 Manual de los Criterios Diagnósticos del DSM-5

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales

1. A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
2. A menudo inicia peleas.
3. Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
4. Ha ejercido la crueldad física contra personas.
5. Ha ejercido la crueldad física contra animales.
6. Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
7. Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

8. Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

10. Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
11. A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. "engaña" a otros).
12. Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

13. A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, empezando antes de los 13 años.
14. Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
15. A menudo falta en la escuela, empezando antes de los 13 años.

B. El trastorno del comportamiento provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de trastorno de la personalidad antisocial.

Especificar si:

312.81 (F91.1) **Tipo de inicio infantil:** Los individuos muestran por lo menos un síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.82 (F91.2) **Tipo de inicio adolescente:** Los individuos no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

312.89 (F91.9) **Tipo de inicio no especificado:** Se cumplen los criterios del trastorno de conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante periodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede "conectar" o "desconectar" las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual:

Leve: existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: el número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifica en "leve" y en "grave" (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

En El segundo Nivel

2.3 Se define el concepto de Impulsividad

Stoff, *et al* (2002) define la impulsividad como un déficit de conducta, considera que se debe a posibles factores que están afectando el funcionamiento a nivel cerebral causado por un deterioro como en casos de alguna lesión cerebral existente o algún trastorno de hiperactividad que surge en la infancia. La impulsividad es considerada como un concepto que abarca muchos factores y es confundida con la agresividad, pero ambas tienen funciones y características diferentes. La persona tiene dificultades en controlar su propia conducta además de carecer de emociones que lo incitan a no tener empatía, ejecutando acciones que no son aceptadas en la sociedad, y es donde se van desarrollando conductas desadaptadas.

Roca; *et al.* (2010) define la impulsividad como la incapacidad de hacer una reflexión a la acción conductual de manera previa y suele manifestarse en la incapacidad para resistir a los impulsos y precipitar las respuestas de los estímulos. La psiquiatría considera la impulsividad como componentes biológicos que influyen el grado de control sobre la acción conductual, además de factores como ira, explosiones emocionales, abuso de sustancias psicoactivas, ideas suicidas, búsqueda de sensaciones están relacionados de manera biológica con la impulsividad.

Celma, (2015) define la impulsividad como la incapacidad para controlar su conducta, caracterizándola por tomar decisiones de manera precipitada sin tener en cuenta el alcance de sus consecuencias. El autor hace mención que este término es multifacético, es decir que no hay una definición como tal ya que el patrón de conducta de la impulsividad está relacionado con diversos trastornos de

la personalidad; incluyendo aspectos emocionales que se caracterizan en términos de ira o intolerancia a la frustración que determinan en la persona emitir dichas conductas.

Riaño, *et al.* (2015) considera que la impulsividad no tiene una definición establecida, el cual da como resultado asociar aproximaciones en cuanto al término; sin embargo, Riaño citado por Dougherty *et al.*, (2003) consideran que la impulsividad se caracteriza por la falta de reflexividad, cometiendo acciones para obtener recompensas de manera inmediata, generando respuestas adelantadas donde se evidencia la falta de inhibición.

Sánchez; *et al.* (2013) citado por Haro *et al.*, (2004); Pinal, *et al.* (2003), señala que la impulsividad está relacionada con golpear o empujar, realizando una acción indebida; fue un término acuñado por los franceses indicando así que dichos comportamientos pueden tener influencia bajo una base biológica.

Palomo, *et al.* (2009) resalta en el manual de psiquiatría que la impulsividad tiene muchos significados en psicopatología, dependerá del área en que se esté trabajando; sin embargo, para la psiquiatría la impulsividad está relacionada con la incapacidad para reflexionar y planificar obteniendo como resultados consecuencias auto lesivas.

La impulsividad es asociada a los trastornos del control de los impulsos según el DSM-IV, a su vez tiene cierta relación con los trastornos de personalidad antisocial, que es determinado como tal, según los criterios diagnósticos DSM-5, cabe recalcar que si los criterios se cumplen será factible realizar un diagnóstico que logre que se identifiquen ciertos patrones de conducta como lo es la impulsividad.

Según Batlle (2007-2008) citado por Logan (1997) define que las personas impulsivas son aquellas que tienen dificultades en inhibir un comportamiento; se considera aquella población que no controla sus emociones y por ello se le dificulta mantener un control de su conducta; se recalca que la impulsividad se puede ver influenciado por factores biológicos que afectan el rendimiento en los individuos.

Por su parte Batlle (2008) citado por Vygotsky considera que la conducta impulsiva en los individuos es aprendida a través del entorno. Señala que la teoría del aprendizaje plantea que las conductas impulsivas se deben a resultados observados en el entorno y posteriormente son emitidas de forma agresiva, y se puede ver reflejado en cualquier ámbito de la vida (social, familiar, escolar).

El entorno familiar es un factor que determina el desarrollo comportamental de los niños ya que el ver conductas desadaptadas en su dinámica puede ser tomado como modelo para actuarlas mediante sus etapas del desarrollo; el estilo educativo que tiene el menor definirá en gran medida las conductas que serán desarrolladas a futuro, el no obtener una estabilidad dentro de la dinámica familiar puede propiciar vulnerabilidad emocional en el niño o el adolescente.

La teoría del aprendizaje de Albert Bandura es considerada crucial debido a que se indica que el ser humano aprende a través de la observación y posteriormente ejecuta dichas conductas; el estar dentro de un entorno toxico lo que generaría es el desarrollo de conductas inadaptadas, como forma de obtener reconocimiento y atención por parte de las personas que están a su alrededor. La población en riesgo social como los adolescentes con posibles trastornos de la conducta desde temprana edad, desarrollan otros patrones de conductas antisociales en la edad adulta debido a que carecen de empatía, esta población suele presentar características propias de sujetos con baja autoestima, carencias afectivas, desmotivación, deserción escolar, desamparo, tristeza, entre otras.

Rebolledo, (2015) citado por Scandar (2007), considera que la impulsividad es la tendencia a responder de manera abrupta, precipitada ante determinados estímulos sin tomarse el tiempo para un análisis de la situación y en determinadas circunstancias hace que la persona tenga comportamientos desadaptados. El autor hace referencia que los individuos con problemas de conducta tienden a tener acciones inadecuadas sin medir las consecuencias de sus actos, la impulsividad como rasgo dentro de los criterios del DSM 5, es ese tipo de conducta que la mayoría de la población en riesgo social suele experimentar, a consecuencia de ello le causa inconvenientes tanto en el ámbito personal como su entorno social ya que son individuos que por lo general suelen violar normas establecidas en la sociedad.

Pedrero (2009) citado por Dickman considera que la impulsividad es una tendencia donde los individuos que tienen dificultades en controlar sus acciones recapitan menos que la mayoría de la gente con capacidades iguales.

2.4 Teorías de la Personalidad

Existen diversas investigaciones que estudian las personalidades que poseen los individuos como manera de integrar todos los rasgos y características que determinan el comportamiento tomando en cuenta que el individuo desarrolla la personalidad a partir de factores externos (ambiente, ámbito social y biológico) que influyen y mantienen su comportamiento.

Desde temprana edad las etapas del ser humano cumplen con funciones que se desarrollan a medida que transcurre el tiempo como el proceso de adaptación, desarrollo de los instintos, las defensas, la reproducción; según Montaña, *et al* (2009) citado por Allport y Lluís (2002) consideran que estos procesos están representados a través de dimensiones que influyen con el temperamento: la

ansiedad, la hostilidad y la extraversión, teniendo relación con las estrategias cognitivas del desarrollo.

Por ello, existen diversas teorías psicológicas que explican el desarrollo de la personalidad:

2.4.1 La teoría de Personalidad de Eysenck

Propone que la impulsividad comparte aspectos propios con la extraversión y el psicoticismo; esta teoría se enfoca en las funciones que se dan a nivel cerebral, reduciendo las diferencias individuales a 3 grandes factores:

El primer factor es la extroversión, indica que donde hay baja activación cortical en el individuo, el mismo buscará generar experiencias excitantes para elevar su arousal.

El segundo factor es el neuroticismo, indicando que entre más elevado están los niveles emocionales, lo que provoca es una activación en el comportamiento, dicha función es regulado a través del funcionamiento del sistema nervioso autónomo incluyendo las estructuras del sistema límbico e hipotálamo.

El tercer factor de personalidad es denominado psicoticismo o dureza emocional, ya que es un espectro poli genético que hace vulnerables los cuadros psicóticos con características altas, el comportamiento antisocial puede verse influenciado a niveles intermedios y a niveles bajo incluye la personalidad no patológica, sin embargo para Eysenck más que una psicosis, considera que es dureza emocional significando que entre más altos son los rasgos de psicoticismo en los individuos,

mayores serán los cambios en los comportamientos ya sea de manera agresiva, impulsiva, egocéntrica, y carentes de empatía. Squillace, *et al.* (2009)

2.4.2 La teoría de personalidad de Gray

Se enmarca en los paradigmas biológicos y factoriales explicando las diferencias a partir de variables relacionadas con el sistema nervioso. La teoría se centró en dos factores básicos de la personalidad con mecanismos fisiológicos asociados como la ansiedad y la impulsividad además de ir acompañados por mecanismos adaptativos basados en el castigo y la recompensa, estos mecanismos son equivalentes y tienen su base fisiológica.

La teoría mantiene relación con el modelo de personalidad de Eysenck, no obstante, existen diferencias en ambas teorías. La impulsividad combina con altos niveles de neuroticismo y extraversión es por ello que el mecanismo de aproximación conductual al elevarse puede activar conductas impulsivas, es decir que el individuo buscará a través de sus acciones recompensas de forma inmediata como manera de satisfacer sus necesidades, que, a diferencia del mecanismo de inhibición conductual, depende del castigo. Figeroba (2018)

2.4.3 La teoría de personalidad de Zuckerman

Introdujo el factor de búsqueda de sensaciones como influencia importante en el ámbito de la personalidad, esta teoría tiene bases biológicas en relación con la de Eysenck. Elaboró junto con sus colaboradores un cuestionario de personalidad que sería de beneficio y relación en base a los rasgos, a su vez ideó una propuesta a los constructos de búsqueda de sensaciones e impulsividad indicando que no sólo están en función a las posibles conductas de riesgo, sino que existen formas

de buscar sensaciones donde se incluya las conductas impulsivas o no impulsivas. Figeroba (2018)

La personalidad de los individuos con trastornos de conducta se ve reflejado según el medio donde se desenvuelven, considerado por las teorías de personalidad que existen factores que influyen y no descartan el entorno como causa determinante para el desarrollo de comportamientos en cualquier situación por ello se destacan otras teorías que relacionan el entorno como medio para emitir dichas acciones, por consiguiente:

2.4.4 La teoría de personalidad psicodinámica

Sigmund Freud considera que la conducta de una persona se debe a resultados a fuerzas psicológicas que trabajan dentro de los individuos dándose fuera de la conciencia. Esta teoría hace mención a las etapas del desarrollo de vida desarrolladas por Freud: los instintos del ello (viene desde el nacimiento del niño, se concentra en la búsqueda del placer, las acciones reflejas y la fantasía), el yo (busca satisfacer los deseos del mundo exterior) y superyó (guarda las acciones morales del individuo) Montaña, *et al.* (2009)

2.4.5 La teoría fenomenológica de la personalidad

Es comprendida por psicólogos como Carl Rogers y Gordon Allport donde consideran que los conflictos ocultos e inconscientes del individuo no son comprensibles, es por ello que debe tener una motivación positiva que lo ayuden a evolucionar y obtener un buen funcionamiento, siendo consciente que son responsables de sus propias acciones y de las consecuencias que pueden sobrevenir.

Por su parte, Rogers aduce que el ser humano construye su propia personalidad dirigiendo sus acciones hacia logros benéficos, indica que el individuo posee capacidades y potenciales desde su nacimiento, por ende, adquiere destrezas que son desarrolladas a través de las etapas al que Rogers denominó tendencia a la realización, no obstante, si el individuo descuida ese potencial se desarrollan conductas desadaptadas (rígidas, defensivas y ansiosas).

Allport resalta la importancia de los factores individuales como determinantes de la personalidad donde considera tomar en cuenta el nivel maduracional del individuo para la toma de decisión de forma autónoma, a diferencia de Freud Allport crea un concepto denominado propium que caracteriza los valores propios del individuo que es desarrollado a través del tiempo. Montaña, *et al.* (2009)

2.4.6 Teorías de los rasgos

Raymond Cattell fue uno de los propulsores de esta teoría, enfocándose en el temperamento de las personas e indica que estas características propias de cada individuo dependerán de la adaptación, labilidad emocional y los valores. Cattell agrupó 4 rasgos de personalidad clasificándolos en los rasgos comunes, que son característicos propios de cada persona; los superficiales, son descubiertos a través de un análisis factoriales; constitucionales, dependerá en gran medida del ambiente y factores genéticos; y los dinámicos son aquellos que motivan a la persona hacia la meta. Montaña, *et al* (2009) citado por Aiken, (2003). Destacando la teoría de los rasgos el desarrollo de conductas impulsivas puede verse influenciados por diversos factores determinantes, el entorno o la herencia pueden estar relacionado en esta población a cometer acciones desadaptadas que ven en contra de las normas establecidas, siendo la impulsividad rasgo característico de diversos trastornos de personalidad como determinantes a emitir acciones.

2.4.7 La teoría conductual de la personalidad:

Según Montaña, *et al.* (2009) citado por Davidoff, (1998) consideran que el ambiente determina la personalidad del individuo y no solo se enfoca en la infancia sino en la adultez, no obstante, Skinner considera el ambiente como manera donde el individuo actúe ante estímulos que aumentan la incidencia conductual.

2.4.8 La teoría cognitiva de la personalidad

Considera que la conducta se guía por la manera en cómo piensan y se actúan frente a diversas situaciones, sin embargo, no deja a un lado el ambiente como factor determinante. Para Bandura la personalidad es una relación entre la cognición, aprendizaje, y el ambiente, considerando que los factores del entorno influyen en el comportamiento de las personas y por ello se modifican las expectativas conductas en diversas situaciones. Montaña, *et al.* (2009)

2.5 Tipos de impulsividad

Se han realizado diversos estudios relacionados con la conducta impulsiva, sin embargo, Dickman a través de la observación considera que no siempre la conducta impulsiva es negativa, hace referencia que en otras ocasiones los individuos que emiten conductas impulsivas tienden a tener mayor rendimiento que las personas que carecen de dicha conducta, por lo general estas personas tienden a actuar y obtener menor porcentaje de error. Pedrero (2009)

López, 2014 infiere: La impulsividad es un patrón del comportamiento donde el individuo responde de forma rápida ante situaciones emergentes y la incapacidad de discernir o carecer de acciones tolerantes u hostiles ante situaciones donde es

amenazante, para el autor considera que la conducta impulsiva en muchas ocasiones tiene resultados positivos. (p. 1)

De acuerdo a lo dicho en el texto anterior, los autores consideran que actuar de manera impulsiva no siempre tiene resultados negativos, Dickman propuso dos tipos diferenciadas de impulsividad, una denominada funcional y otra disfuncional:

2.5.1 Impulsividad funcional

Está relacionada con las actitudes de entusiasmo que tienen las personas, la toma de riesgo que adquieren para experimentar sensaciones nuevas, son personas audaces con altos niveles de actividad y búsqueda de aventura; la información es procesada de forma rápida y efectiva para obtener recompensas de algo que desean adquirir o una acción a satisfacer. Esta impulsividad está relacionada con la concepción de la teoría de personalidad de Eysenck sobre la extroversión.

2.5.2 Impulsividad disfuncional

Está relacionada con aquellas conductas desordenadas e improductivas que no tiene ningún beneficio para el individuo; los mismos no toman conciencia de los resultados al momento de tomar decisiones. A diferencia de la impulsividad funcional este tipo de impulsividad disfuncional se relaciona con uno de los factores de la teoría de personalidad de Eysenck denominada psicoticismo. Desde una perspectiva teórica diferente Squillace, *et al* (2011) citado por Dickman consideran la conducta riesgosa, desventajosa que no obtienen ningún beneficio para el individuo y a su vez son emitidas sin ningún tipo de reflexión o no hay criterios para contemplar las consecuencias de las acciones que son emitidas. (p.12)

Narváez, *et al.* (2015) citado por Adan (2011) considera que la impulsividad disfuncional es un factor vulnerable para el desarrollo de otros trastornos como la adicción, juegos patológicos, adicciones conductuales como la agresión y la conducta antisocial, es por ello que hay mayor riesgo de que la población presente dichas conductas.

2.6 Bases Neurológicas de la Impulsividad

Según Batlle, (2007-2008) considera que las conductas impulsivas están reguladas en tres regiones encefálicas, según estudios que han realizados:

Dentro de las áreas encefálicas que tienen que ver con el desarrollo de las conductas impulsivas menciona el núcleo accumbens siendo una estructura a nivel cerebral que tiene relación con el sistema de placer y recompensa y su función es activar la motivación en el individuo.

Otra de las áreas encefálicas es la región vaso lateral del núcleo amigdalino según M.T. Ledo- Varela, (2007) está relacionado con la emoción.

Según Gratacós (sf) la zona donde se ubica la corteza prefrontal, se encarga de la planificación de comportamientos cognitivamente determinando las cualidades del ser humano, el no funcionar de manera adecuada produce alteraciones conductuales en personas con diversos trastornos mentales (la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno déficit de atención con hiperactividad) teniendo relación con los trastornos neurológicos.

De Sola Gutiérrez, *et al.* (2013) realizaron diversos estudios indicando que la impulsividad se debe a alteraciones en los neurotransmisores que influyen en dichas conductas:

- La serotonina, como neurotransmisor si existe una alteración a nivel serotoninérgico influirá en la regulación de las emociones del individuo haciendo que sean más vulnerables aumentando el riesgo de emitir conductas violentas y agresivas.
- La dopamina, como neurotransmisor contribuye a disminuir la respuesta inhibitoria aumentando el comportamiento como búsqueda de recompensa, elevando los niveles de la impulsividad.
- La noradrenalina participa en una alteración relacionada con la impulsividad.
- Ácido gammaaminobutirico (GABA), considera que el aumento de dicho neurotransmisor influye a que aparezcan conductas agresivas e impulsivas asociadas a diversos trastornos psiquiátricos.

2.7 Trastornos asociados al control de impulsos

Medina, *et al.* (2017) considera la impulsividad como un síntoma dentro de un grupo de trastornos mentales que tienen relación al trastorno del control de los impulsos, englobando categorías específicas.

Este trastorno es caracterizado por la repetición de actos que el individuo emite sin motivación además de presentar dificultades en controlar dichas conductas,

provocando daños hacia sí mismo como en otras personas. Es asociado a su vez a trastornos que pertenecen a los criterios diagnósticos DSM-5 donde incluye la piromanía, la cleptomanía, juego patológico, entre otros trastornos que requieran de la acción impulsiva como manera de satisfacer sus pulsiones de forma gratificante al acto conductual.

Este trastorno forma parte de los grupos disruptivos, trastorno del control de los impulsos, y el trastorno de conducta, compartiendo características fundamentales de las dificultades de auto controlar los comportamientos, emociones, violando los derechos y normas establecidas por la ley.

En el tercer nivel

Se definirá el término de Terapia Cognitiva- Conductual.

2.8 Terapia Cognitiva

La terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia utilizada para trabajar los trastornos que afectan a la persona, ya que la efectividad de sus técnicas logra avances significativos con respecto a la situación desfavorable por la que está pasando el paciente. Esta técnica se basa en trabajar los pensamientos, sentimientos, y las conductas que son emitidas por aquella población en riesgo social con trastornos de conducta donde se ve reflejado el rasgo de impulsividad; consiste en modificar aquellos pensamientos negativos hacia pensamientos positivos con el objetivo de ayudar al paciente a mejorar su estado emocional y afectivo.

Beck, (1995) afirma: La terapia cognitiva establece un modelo donde plantea la hipótesis que la percepción de las situaciones influye sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no van a determinar la situación misma pero sí en como las personas interpretan esas situaciones. (p. 32)

Beck explica que la situación por la que pasa el paciente no va a determinar la acción, sino aquellos sentimientos que surgen como manera de interpretar la situación, es decir que los pensamientos que surgirán van a influenciar en la emisión de conductas desadaptadas.

Riso, (2006) considera que la terapia cognitiva no se reduce solo en técnicas, sino en la manera que tiene el especialista para pensar y organizar la problemática del paciente, integrándolos como conjuntos para adquirir sus datos.

La terapia cognitiva es una técnica estructurada y de solución de problemas donde se integran diversas técnicas haciendo uso de procedimientos cognitivos, conductuales y experienciales para modificar los procesos de la información en distintos trastornos psicológicos.

Por su parte Riso, (2006) citado por Leahy (2003) afirma que el modelo cognitivo se basa en estados disfuncionales de diversos trastornos que influye a que el paciente tenga pensamientos distorsionados, por ende, la función del terapeuta es implementar estrategias que ayuden al paciente a reconocer los pensamientos y pueda modificarlos.

Garay, et al. (2015) infiere que la terapia cognitiva consiste en un proceso psicoterapéutico con el objetivo de buscar un alivio aquellos sufrimientos que están padeciendo el paciente y obtener la mejoría de las personas con algún trastorno mental mediante la detección y modificación de las variables cognitivas implicadas la situación problemática por la que está atravesando.

Treviño, *et al* (2012) consideran que las terapias cognitivas conductuales son efectivas por su patrón conductual más que el cognitivo, por su parte Treviño, *et al* (2012) citando a Bragado *et al* (1987) refiere que el componente cognitivo tiene mayor relevancia para lograr cambios en las personas y considera que ambos complementos puedes lograr resultados eficaces en la terapia.

La función de la terapia cognitiva es reorganizar la estructura cognitiva del paciente mediante la identificación de pensamientos disfuncionales y buscar reorganizar la realidad de las cogniciones según refiere Hernández, (2010).

Ander, (2016) define el término de terapia cognitiva como acciones y estrategias terapéuticas donde se utilizan diversos elementos cognitivos que son ejercidos sobre una persona para tratar determinados cuadros clínicos y afectaciones emocionales del paciente.

La terapia cognitiva es proceso que se da de manera estructurada para trabajar trastornos psicológicos en individuos considerando que los supuestos y las conductas está determinado en la forma en como las personas perciben el mundo. Beck, *et al* (2010)

2.9 Terapia conductual

La terapia conductual se enfoca en la conducta observable del paciente, logrando a través de la aplicación y atención de técnicas terapéuticas un cambio en las actitudes negativas del paciente restaurando sus emociones y así el paciente logre sentirse motivado para la ejecución de tareas y pueda hacerles frente a sus propias barreras. Hernández, (2010)

La terapia cognitiva conductual es una forma de psicoterapia breve que ayuda a identificar y a modificar patrones de comportamientos desadaptados, según Enrique, *et al* (2014).

2.10 Pilares básicos de la terapia Cognitivos- Conductuales

La importancia que tiene la terapia cognitiva conductual en la práctica psicológica clínica permite comprender a través de sus teorías modelos efectivos para trabajar el rasgo de impulsividad en individuos con trastorno de conducta.

Los modelos cognitivos conductuales se basan en las teorías de aprendizaje y en el procesamiento de la información buscando comprender a través de estudios y análisis como las conductas en la infancia y la adolescencia se desarrollan. Batlle (2007-2008).

El modelo conductual se basa en cómo la conducta humana es adquirida o aprendida utilizando técnicas y teorías de aprendizaje.

2.10.1 El condicionamiento clásico o Pavloviano

Es el aprendizaje que se produce al presentarse dos estímulos de manera independiente de la conducta del sujeto. Pavlov realizó diversos experimentos con animales para trabajar los reflejos psíquicos donde se relaciona con las reacciones de los individuos y aprende a predecir estímulos a través de otros estímulos y considera que el aprendizaje es adquirido a través de factores medioambientales, por ende, el individuo establece nuevas conductas anticipando acontecimientos que puedan suceder, Suárez, *et al* (2015).

2.10.2 El condicionamiento operante o instrumental

Skinner considera desde su enfoque conductista modificar comportamientos haciendo que estímulos de agrado o no influyan en la reacción por parte del individuo de acuerdo al estímulo que tiene en frente.

Dentro de la teoría conductista se realizó diversos experimentos con animales para probar hipótesis planteadas por Skinner, admitiendo que el comportamiento ya sea de los individuos como de los animales es entendido como procesos de adaptación a experiencias agradables o desagradables, Batlle (2007-2008) considera que el condicionamiento operante recae en la conducta y en las consecuencias que trae por las reacciones, por su parte Triglia (2018) considera que la teoría de Skinner se centró en las asociaciones de las acciones que son emitidas y los resultados que trae consigo el realizar dichas conductas, en otras palabras la teoría conductista de Skinner considera que toda acción tiene una reacción es decir, las conductas que emitan los individuos tendrán resultados que serán de beneficio o no para su vida, cada uno es responsable de los actos que cometa.

El aprendizaje es adquirido a través de acciones y se realizan teniendo consecuencias que son recibidas a través de estímulos.

2.10.3 Aprendizaje social

La teoría cognoscitiva social de Bandura emplea la idea que el ser humano aprende por factores estimulantes del medio ambiente. Los autores que forman parte de los estudios hacen referencia que el individuo aprende a través de la interacción social, sin embargo, la labor de Bandura destaca el experimento con

el muñeco bobo donde considera que la persona aprende a través de la imitación y observación.

Según Batlle (2007-2008) las conductas son aprendidas a través de la observación y se ven involucrados procesos cognitivos, por su parte Osorio, *et al.* (2011) citando a Bandura (1989) analiza las influencias que tienen las personas con relación al comportamiento y el medio ambiente, ideando un modelo tríadico donde involucra la interacción y el determinismo recíproco. El modelo tríadico de Bandura tiene relación con el modelo cognitivo conductual de Beck centrándose en aquellos procesos cognitivos, para Bandura considerado expectativas, creencias y pensamientos, para Beck es la situación, pensamientos automáticos y las emociones, destacando las creencias tanto centrales como intermedias que influyen en esa triada cognitiva; Bandura en su teoría social de aprendizaje destaca la interacción dinámica con la conducta y el medio ambiente, asumiendo que el individuo posee todas las capacidades, habilidades, y recursos que puede emplear para la adquisición de aprendizajes.

2.10.4 Aprendizaje cognitivo

Desde la perspectiva conductual se considera que los pensamientos y sensaciones juegan un papel importante en el modelo cognitivo ya que involucran creencias, acciones, actitudes entre otras funciones que favorecen para la comprensión y predicción de posibles conductas psicopatológicas. Esta teoría considera al individuo como ente activo en el entorno desarrollando y aplicando sus potencialidades como forma de aprendizaje adquiriendo resultados de sus propias acciones. Batlle (2007-2008)

2.11 Tipos de terapias cognitivas- conductuales

Dentro de las terapias cognitivas conductuales las que mayor predominio tienen son la terapia de Aron Beck (centrándose en las teorías cognitivas de los trastornos emocionales y la terapia cognitiva para la depresión) y la terapia racional emotiva de Albert Ellis (centrándose en las ideas irracionales), ya que son los autores con mayor influencia en dichas terapias.

2.11.1 Modelo de Beck

Los modelos cognitivos diseñado por Aaron Temkin Beck fue uno de los pioneros de la terapia cognitiva por sus propuestas teóricas, plantea que existen factores que influyen a nivel cognitivo de las personas donde se ven cambios significativos en el estado de ánimo y por consiguiente se ven reflejados en los cambios conductuales. Beck se centró en los modelos de terapias para trabajar la depresión y otros trastornos asociados considerándose que este tipo de psicoterapia es adaptable para cualquier trastorno psicológico por la eficacia y utilidad de las técnicas según Korman (2011).

2.11.1.1 Principios de la terapia Cognitiva- Conductual

- Hacer una formulación cognitiva de los problemas del paciente.
- Fomentar la alianza terapéutica.
- Participación y colaboración activa por parte del terapeuta y del paciente.
- Establecer objetivos y concentrarse en el presente.
- Psicoeducación con respecto a la terapia para que el paciente comprenda y se ayude cuando presente una recaída.
- Tiempo límite para las sesiones.
- Las sesiones deben estar estructuradas.

- Trabajar con el paciente a identificar, evaluar y responder con respecto a los pensamientos, creencias o ideas disfuncionales.
- Uso de estrategias técnicas para trabajar en el estado de ánimo, pensamientos y comportamientos del paciente. Beck, *et al* (2010)

2.11.1.2 Componentes de la terapia cognitiva conductual

La terapia cognitiva conductual de Beck involucra niveles de pensamientos propios que surgen a través de:

2.11.1.2.1 Pensamientos automáticos

Son palabras o imágenes que pasan por los pensamientos de las personas.

Los pensamientos automáticos no surgen de una deliberación o razonamiento, sino que aparecen de una manera automática, rápida, se toma conciencia de las emociones que surgen de dichos pensamientos, y son difíciles de apartar de la mente; estos pensamientos se identifican a través de cambios afectivos y se evalúa la validez de los pensamientos si logra identificarlos. Beck, (1995)

2.11.1.2.2 Creencias

Son ideas fundamentales y profundas que no se expresan ante sí mismo, y son consideradas verdades absolutas emitiendo frases de que “*son así*”. Las creencias son aquellas que surgen de sí mismo, de los demás y del mundo.

Dentro de las creencias se ubican las creencias centrales, siendo aquellas creencias rígidas, globales y que se generalizan, y las creencias intermedias (incluye actitudes, reglas, presunciones), no son expresadas e influye en la forma de ver una situación en cómo piensa, siente y se comporta el paciente.

Desde sus inicios se considera que la terapia cognitiva pone énfasis en los pensamientos automáticos ya que son aquellos cercanos a la conciencia.

La terapia consiste en que el terapeuta le enseñe al paciente a que reconozca, evalúe y modifique sus pensamientos para lograr avances significativos a los síntomas. El tratamiento se centra en trabajar aquellas creencias que surgen de las ideas disfuncionales del paciente, las creencias centrales e intermedias que resulten relevantes son evaluadas posteriormente por el paciente para lograr cambios en la percepción de los hechos. Beck, (1995)

Beck, (1995) considera: “El terapeuta debe ubicarse en el lugar del paciente para que desarrolle empatía con respecto a la situación que está atravesando, comprender lo que siente y percibir el mundo a través de sus ojos”. (p. 37)

2.11.2 Terapia Racional Emotiva Conductual

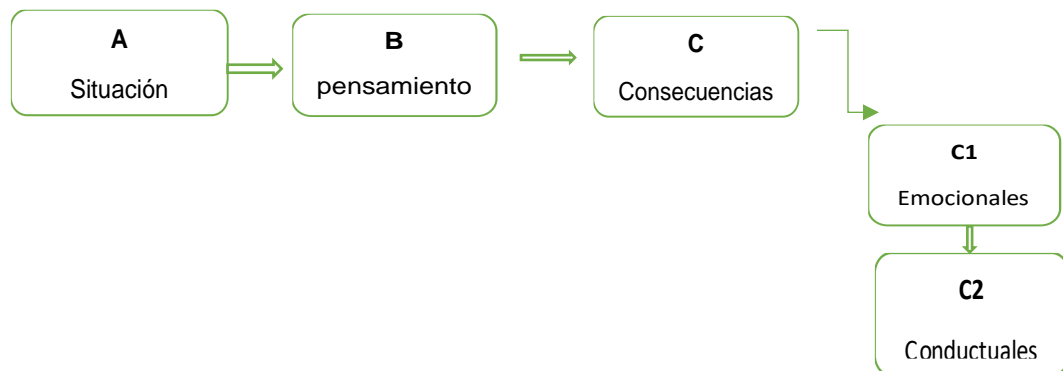
La TREC utiliza su método terapéutico para descubrir pensamientos irracionales que surgen provocando reacciones emocionales (ya sean dolorosas, exageradas o dramatizadas, dependiendo de la distorsión cognitiva del paciente) como consecuencias de esquemas mentales distorsionados que surgen como amenaza para el individuo. Ruiz, (2011)

La terapia de Ellis consiste en que el paciente tome conciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales que presenta el paciente para modificar en terapias dichas creencias, que si no son trabajadas de manera adecuada influyen en el comportamiento de los individuos. Beck, *et al* (2010)

Ellis propone un enfoque cognitivo denominado el A-B-C- de la terapia concentrándose en el análisis psicológico que involucra la conducta y las reacciones emocionales del paciente a través del esquema. El especialista relaciona los problemas con los acontecimientos y circunstancias tanto pasadas como actuales que pueden estar afectando al paciente. Se considera la TREC como una de las terapias cognitivas conductuales efectivas, pero al momento de trabajarlas presenta ciertos grados de interés y dificultad ya que, se le hace difícil al paciente a la hora de identificar creencias y pensamientos que surgen y por consiguiente trae consecuencias problemáticas al paciente. Vallejo, (2015)

La TREC involucra en el A-B-C- aquellas emociones y conductas que surgen por la situación que está atravesando el paciente, introduciendo la C1- C2, comprendido de otra manera:

Figura # 1 Diagrama de la TREC.



Fuente: Vega, 2018.

En la TREC la terapia cognitiva va a corregir aquellos pensamientos irracionales que tiene el paciente por aquellos que sean adaptativos y aceptables (A-B-C), mientras que la terapia conductual se enfoca en corregir la conducta en una manera adaptada para que el paciente pueda obtener objetivos beneficiosos para él (C1-C2). Ruiz, (2011)

Ellis supuso un nuevo impulso histórico de la terapia cognitiva conductual relacionando al estímulo ambiental con las consecuencias emocionales a través de creencias intervinientes, Beck, *et al* (2010)

2.12 Terapia de aceptación y compromiso (tercera generación)

Es una psicoterapia conductual de tipo experimental que considera que gran parte del malestar emocional humano y de los trastornos psicopatológicos se debe a la incapacidad y rigidez psicológica que está asociada para aquellas personas que controlan experiencias privadas (pensamientos, emociones, recuerdos, imágenes entre otras).

La terapia de aceptación y compromiso busca promover la flexibilidad psicológica y la adaptación para potenciar la capacidad de aceptación y el compromiso con las metas y los objetivos que se establecen. Técnicamente es considerada una terapia ecléctica debido a que se incluyen herramientas psicológicas de otras ramas terapéuticas como el psicodrama, logoterapia, la terapia Gestalt, integrándolas de manera que sean eficaces para llevar a cabo un buen tratamiento.

La terapia de aceptación y compromiso forma parte de la terapia cognitiva conductual donde infiere que el uso de otras técnicas puede ser factibles para

llevar a cabo un buen plan de intervención para tratar diversos trastornos o malestares emocionales, en este caso trabajar los rasgos de la impulsividad en individuos con trastorno de conducta, porque lo que se requiere que ellos aprendan a vivir, enfrenten y acepten aquellas situaciones desfavorables por las que están atravesando.

La Asociación Americana de Psicología considera la terapia de aceptación y compromiso como una terapia establecida con apoyo empírico para trabajar dolores crónicos, depresión, trastornos de ansiedad y psicosis.

La función de esta terapia es tratar de corregir, disminuir, reducir o eliminar aquellos procesos alterados para que el individuo pueda recuperar su bienestar emocional.

Existen procesos normales que considera la terapia son aceptables y deberían ser manejados por las personas, pero también resalta que esos procesos normales se convierten en destructivos considerando la cognición y el lenguaje como aspectos relevantes ya que el individuo no puede controlar el sufrimiento, y lo que se hace es escapar de la situación que es considerada como peligro. El ser humano siempre lleva un león dentro de sí, es decir cuando se presenta una situación desfavorable o negativa que cause malestar el individuo tiene el poder de evocar, recordar, temer, pensar en el hecho, que a diferencia de los animales no tienen la capacidad de recordar situaciones vividas, es por ello que considera la cognición y el lenguaje como procesos que se pueden convertir en destructivos sino son trabajados a tiempo.

El núcleo central de la psicopatología humana de acuerdo con la TAC es que existe una incapacidad del ser humano para estar en contacto al momento

presente, es decir de acuerdo a la situación así mismo se van modificando patrones de comportamientos. Márquez, (2016)

Márquez, (2016) considera: “La terapia de aceptación y compromiso subraya la importancia de que las personas aprendan a discernir cuando el control o cambio es posible y útil para él y sea contraproducente o dañino, por lo tanto, la opción de aceptación sería una alternativa más adaptativa”.

Según Quintero, (2012) considera la terapia de aceptación y compromiso como una terapia conductual con bases al mindfulness donde se hace uso de diversas técnicas de otras corrientes porque se ha demostrado la efectividad para una amplia gama de alteraciones psicológicas y aduce que la meditación abre caminos para ayudar a que los pacientes tomen conciencia de sus acciones, problemas y sean aceptados.

2.12.1 Componentes básicos de la terapia de aceptación y compromiso

Como se mencionó anteriormente la terapia busca promover en el individuo componentes que son herramientas para que puedan hacerle frente a la problemática por la que están atravesando considerando:

2.12.1.1 Aceptación

Reconocer como normal o propio aquellos malestares que surgen del ser humano, emociones o cualquier situación o pensamiento desagradable donde se vea afectado el estado de ánimo de la persona; lo que se quiere es que el individuo

acepte que los sucesos que ocurren en su vida son experiencias naturales y les haga frente a las adversidades.

2.12.1.2 Defusión cognitiva

Considera en este componente que el uso del lenguaje no tiene poder, se enfoca en la acción del paciente, en aquellas dificultades que considere sea difíciles para él, aquí lo ideal es que elimine todas aquellas experiencias que mantiene privada y pueda asociar el lenguaje con la realidad (asociar los pensamientos, lo que emite y balancear si puede o no ser real para su vida) así puede ayudar al paciente a recuperar la flexibilidad necesaria para responder de forma adecuada en el entorno. En otras palabras, en hacerle ver al paciente que los pensamientos no son hechos.

2.12.1.3 El yo en perspectiva

Se considera componente clave de la TAC concentrándose en la propia persona, a diferencia de la Defusión cognitiva, utiliza el lenguaje para definir y fijar una frase que surja del individuo, es decir hacerle ver a los pensamientos que no son hechos y que cuando surja un pensamiento lo ideal sería decir *“tengo un pensamiento de que soy...”*. Lo que se quiere es ayudar al individuo a contextualizar el pensamiento del yo, siendo más aceptable para la persona.

2.12.1.4 Contacto con el momento presente

Implica un esfuerzo por la experimentación de lo que acontece frente a las limitaciones que el lenguaje establece. En este componente se involucra el mindfulness, es decir lo que se quiere que el individuo experimente y viva el

momento presente como condición necesaria para lograr objetivos que se establecen.

2.12.1.5 Identificación de los valores

Predispone a que el individuo identifique sus valores como eje para su actividad tomando en cuenta la aceptación como punto de partida y realidad para que el individuo considere que ha obtenido un logro de acuerdo a las actividades realizadas.

2.12.1.6 Compromiso de acción

Requiere que el individuo actúe, el individuo busca atención terapéutica cuando considera ha perdido la capacidad y el control de su vida, aplicando los componentes mencionados anteriormente ya que se requiere de compromiso de acción efectivo por parte del paciente. Vallejo, (2015)

La terapia de aceptación y compromiso busca ayudar a los pacientes a elegir como deben de actuar y obtener resultados positivos para sus vidas, comprometiéndose con los valores a través de acciones realizadas a diario aceptando las experiencias privadas. Márquez, (2016)

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio y diseño de investigación

El estudio de investigación es de enfoque mixto, Barrantes, (2016) citando a Hernández, *et al* (2010) hace referencia que la investigación desde un enfoque mixto no desplaza a los otros enfoques (cuantitativos ni cualitativos) sino que utiliza las fortalezas de ambas investigaciones para para minimizar aquellas debilidades que se presentan. (p.99)

Por su parte, Barrantes, (2016) citando a Tashakkori y Teddlie (2003) aducen que el enfoque mixto es un proceso donde se recolectan, analizan y se vierte datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio. (p.100)

Triangulación de datos

| Datos cuantitativos | Datos cualitativos | Teorías |
|--|--|---|
| Para llevar a cabo la investigación y valorar los resultados para cuantificar, se utilizaron herramientas fáciles para determinar el rasgo: ✚ Escala de impulsividad de Barratt. ✚ Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman. ✚ MMPI-A | Entrevista clínica. Psicoterapia. Técnicas Cognitivas Conductuales. | La investigación de carácter cuantitativo, Barrantes, (2016) afirma que el estudio se fundamenta en aquellos aspectos que son observables y susceptibles para cuantificar. Se requiere el uso de la metodología empírica- analítica y la estadística para realizar el análisis de datos. (p.87) El carácter cualitativo se fundamenta en la metodología interpretativa, y su interés se centra en el descubrimiento del conocimiento, se orienta hacia el proceso. Barrantes, (2016), (p.87) |

Fuente: Vega, 2018.

El estudio de investigación es de alcance transversal, según Liu, (2008) y Tucker, (2004). Citado por Hernández, (2014) afirma que los datos se recolectan en un tiempo único. Tiene como propósito describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un solo momento. (p.154)

El diseño de investigación es de estudio correlacional, según Hernández, (2014) este tipo de estudios tiene como finalidad conocer y relacionar dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. (p.93)

3.2 Población, sujetos y tipo de muestra estadística

Población: El estudio está conformado por una población de 69 jóvenes que están recluidos en el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

La muestra: la muestra de investigación será de tipo no probabilística, según Sampieri, (2014) “las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (p.176).

Por lo que se establecen criterios de selección de muestra:

Cuadro # 2. Criterios de Inclusión y exclusión

| Criterios de inclusión | Criterios de exclusión |
|---|--|
| Sujetos de sexo masculino. | Jóvenes que pertenezcan al área de custodia. |
| Jóvenes que estén en un rango de edad entre los 15 y 18 años. | Jóvenes que tengan edad menor a 15 años. |
| Pertenecer al área de cumplimiento | |

Fuente: Vega, 2018.

3.3 Variables – definición conceptual y definición operacional

Identificar los componentes básicos que maneja la terapia cognitiva conductual.

3.3.1 Variable independiente: Terapia cognitiva conductual

Ander, (2016) lo define como conjunto de estrategias y acciones terapéuticas donde se utilizan elementos cognitivos que ejercen en la persona para el tratamiento de alteraciones emocionales y conductuales (p.130)

Definición Operacional:

El instrumento para obtener los datos será a través de técnicas terapéuticas para trabajar los rasgos de impulsividad.

Evaluar con la escala de la impulsividad de Barratt la categoría que predomina más en los sujetos de estudio.

3.3.2 Variable dependiente: Impulsividad

Tapias, (2016) define la impulsividad, como la falta de control en el comportamiento y ejecución de acciones que minimizan el tiempo para recibir una recompensa. (p.8)

Definición operacional

Se considera para el nivel de significancia las puntuaciones que representen la categoría de raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo, siempre o casi siempre. Nivel de significancia en las respuestas: A menudo, siempre o casi siempre.

El nivel de significación de las respuestas individual o colectiva representa características de tipo: cognitiva, motora, impulsividad no planeada.

3.4 Técnicas de Instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Escala de impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11), instrumento diseñado para evaluar la impulsividad, agrupándose en tres sub escalas: cognitiva, motora, impulsividad no planeada que ayudarán a determinar el grado o nivel de impulsividad de cada sujeto. Es una escala muy utilizada para realizar diversas investigaciones con fundamentación clínica, educativa, psiquiátrica y social. Este instrumento fue creado en 1959 con el objetivo de hacer una relación de la ansiedad e impulsividad con la eficiencia psicomotora.

E.S. Barratt fue quien creó dicha escala con la intención de investigar y relacionar las diferentes conductas que son emitidas en el ser humano caracterizándolas en 3 sub rasgos. En su versión 10, actualmente se han rediseñado tal instrumento siendo la versión de mayor uso la BIS-1119,20 (Escala de Impulsividad de Barratt) esta escala es aplicada en adultos y adolescentes. Este instrumento tiene correlación con múltiples desórdenes con relación a la impulsividad. Salvo, *et al* (2013).

3.4.2 Escala de búsqueda de sensaciones (forma V, Sensation- Seeking Scale, SSS), instrumento diseñado para evaluar la búsqueda de sensaciones, experiencias nuevas, variadas y complejas y el deseo de arriesgarse con el fin de obtenerlas. La escala se agrupa en 4 sub escalas donde a través de la misma se va a determinar cuál tiene mayor predominio: búsqueda de emociones, búsqueda de excitación, desinhibición, susceptibilidad hacia el aburrimiento.

La escala de búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que tiene la necesidad de buscar y experimentar nuevas, variadas, complejas e intensas experiencias y sensaciones, así como, el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de tales experiencias. Palacio, (2014)

3.5 Procedimiento

El estudio de investigación se llevará a cabo a través del planteamiento general del problema, donde la información será recabada a través de diversas fuentes escritas, sitios web, artículos, revistas, libros que ayudarán a analizar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta enfocado hacia la terapia cognitiva conductual.

Posteriormente, se van a aplicar instrumentos de valoración que ayudarán a recabar datos e información acerca de los rasgos de la impulsividad en individuos con trastornos de conducta, luego se procederá a realizar el proceso psicoterapéutico basado en Terapia Cognitiva a los sujetos de estudio. Después, se va a realizar el análisis e interpretación de resultados, para redactar conclusiones y recomendaciones como aporte metodológico para investigaciones futuras.

CAPÍTULO IV

CENTRO DE CUSTODIA Y CUMPLIMIENTO AURELIO GRANADOS HIJO

4.1 Descripción

La institución es una obra construida por el Club Activo 20-30 de David, fue entregada al gobierno central en abril de 1982, y se inauguró en abril de 1983. Actualmente, la población atendida es de varones de 15 a 25 años de edad, y se tienen dos programas: Custodia (los jóvenes de custodia son aquellos que están en proceso de investigación) y Cumplimiento (son aquella población que está cumpliendo como tal, la condena establecida).

- Misión: lograr la resocialización de los adolescentes para la reinserción al medio social, laboral y familiar.
- Visión: ser un centro que proporcione los medios físicos necesarios y la instrucción adecuada para garantizar a esta población, su derecho a un empleo productivo digno y sostenible basado en la equidad y la capacitación.
- Organización: el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo, cumple con personal capacitado que trabajan en conjunto para llevar a cabo la organización y bienestar de los menores que están reclusos: dirección ejecutiva, personal administrativo, personal técnico donde colabora una psicóloga y una trabajadora social, seguridad, educadores de primaria, pre media y media con bachiller en comercio (personal de MEDUCA), aunados a ello el INADEH brinda cursos de barbería, panadería, huertos caseros, informática, hidroponía, artesanía, inglés, construcción, entre otros.
- Instalaciones: Dentro del centro se cuenta con áreas: deportiva (baloncesto y fútbol), comedor, salones para clase de primaria, pre media y media, talleres

de barbería, repostería y cocina, informática, sala terapéutica y de reuniones, cultivos hidropónicos.

En el aspecto religioso, las personas que se encuentran recluidas, reciben orientación por parte de la iglesia católica, iglesia evangélica, iglesia cristiana.

4.2 Introducción

La importancia del manejo de las emociones conlleva un sin número de acciones que si no son tratados a tiempo pueden provocar consecuencias que en la mayoría de los casos no tiene solución, por ello el estudio de investigación busca aplicar terapia cognitiva- conductual para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta, ya que actuar sin medir las consecuencias de las acciones se ha incrementado cada vez más dentro de la sociedad. Con la terapia se busca que los participantes de dicho programa, puedan de una manera práctica utilizar las herramientas brindadas en sesiones para que las utilicen posteriormente cuando presentan situaciones donde puedan volver a cometer alguna acción perdiendo el control de sus impulsos.

4.3 Justificación

El estudio de investigación busca utilizar como método terapéutico el modelo de terapia cognitiva conductual porque sus técnicas prácticas son de gran importancia para llevar a cabo sesiones donde el individuo puede trabajarlas siendo factible para el mejoramiento de su control de impulso. La población recluida dentro del Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados hijo cumple con las características propias de pérdida de impulsividad, por ello se ve la necesidad de armar un plan terapéutico para trabajar con ellos, se considera

relevante, ya que al participar en dicho programa será de beneficio para cada uno de ellos al momento que tengan que incorporarse nuevamente a la sociedad.

4.4 Objetivos

- Aplicar psicoterapia para disminuir rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta.

Objetivos específicos

- Incrementar el autocontrol en los adolescentes con trastornos de conducta.
- Mejorar el manejo de habilidades ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- Reestructurar a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.
- Fortalecer cualidades positivas en los menores que están reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

4.5 Beneficiarios

El programa terapéutico será llevado a cabo con 4 adolescentes jóvenes que cumplen con las características propias de impulsividad. Los mismos fueron evaluados a través de escalas avaladas donde obtuvieron mayores puntajes con respecto al rasgo.

4.6 Desarrollo de la propuesta

- Método/ procedimiento: la terapia cognitiva conductual será llevada a cabo a través de sesiones que tendrá una duración de una hora aproximadamente.
- Talleres: los talleres realizados durante las sesiones serán en base a técnicas cognitivas conductuales (serán reflejados a través de dibujos, sopa de letras, escritos, análisis entre otras).
- Terapias: las herramientas que serán utilizadas en el plan de intervención serán técnicas prácticas y factibles para pacientes con rasgos de impulsividad, manejo de autocontrol, registros de pensamientos, técnicas de meditación, respiración, metáforas, método socrático, juego de roles, modelado, técnica de auto instrucción, técnica de detección de creencias nucleares, entre otros.
- Material didáctico: hojas, lápices, marcadores, videos reflexivos, láminas, dibujos.

Plan de Intervención aplicando Terapia Cognitiva Conductual basado en el Modelo de Beck y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La terapia Cognitivo Conductual será trabajada en base a dos elementos que son primordiales para realizar la intervención: se trabajará en base a los pensamientos o cogniciones que tenga el paciente que influya en su estado emocional y la segunda es trabajar en base a modificar conductas que surgen por pensamientos irracionales.

Después de haber aplicado la entrevista a profundidad, se procedió a explicarle a los pacientes la dinámica de la intervención terapéutica, cuáles serán los objetivos a tratar y se le dio la opción a los participantes a expresar lo que quieren que trabajen con ellos.

La técnica de las sesiones terapéuticas consiste en antes de iniciar, dependiendo del estado emocional de los pacientes realizar técnicas de relajación basadas en el mindfulness, además de otras técnicas propias de la terapia de aceptación y compromiso, es por ello se incorporó como estrategia para lograr que el paciente a través de relajación-meditación pueda lograr mayor conexión y tomar conciencia de sus acciones y los resultados que tiene.

La intervención psicoterapéutica tuvo una duración de 15 sesiones, asignadas tres veces por semana, de una hora cada sesión, estableciendo normas para el inicio de la misma, además de la inclusión de tareas prácticas para trabajar en base a pensamientos y conducta y 5 sesiones de seguimiento que fueron una vez a la semana para continuar reforzando los logros obtenidos en los participantes.

Antes de realizar la primera sesión, se realizó un breve análisis y revisión de los resultados de la evaluación realizado a cada paciente, conceptualizando de acuerdo a sus antecedentes y los resultados de las escalas aplicadas un plan general que sea factible para la realización de la terapia. Se detalla posteriormente los 4 casos elegidos con mayor predominio de conductas impulsivas, relatado a través de una anamnesis clínica con su respectiva propuesta de intervención llevada a cabo.

Caso # 1

Paciente de 15 años que tiene problemas en el manejo de las emociones específicamente la impulsividad, se eligió un nombre ficticio para identificarlo (Mario I).

Mario I es el cuarto hermano de 11 en total, refiere haber crecido en un entorno donde había actos delictivos dentro de su dinámica familiar, durante su estancia en la escuela fue un niño que fomentaba los problemas, no le gusta estudiar, actualmente se encuentra cursando el II año dentro del centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

Fue educado por una tía materna, ya que su madre lo vendió cuando nació, referente a su padre biológico no hay contacto con él hasta el momento. La madre de crianza refiere que durante el nacimiento el menor demoró para respirar fuera del vientre, además le lesionaron la clavícula y el brazo derecho, sin embargo, no tuvo repercusiones más adelante; Mario I siempre fue un niño muy activo, aduce que en dos ocasiones fue llevado a evaluación psicológica por su pérdida de control de impulso, considera tiene un temperamento muy explosivo.

Por su parte, Mario I relata sucesos de su vida indicando que desde los 9 años de edad empezó a consumir sustancia psicoactiva, (cannabis), posteriormente continuó consumiendo otras sustancias como la cocaína y el éxtasis, aunado a ello el manejo de armas que era parte de las herramientas que utilizaban en su grupo delictivo. A los 14 años de edad recibió dos impactos de balas en su anatomía a consecuencia de malas decisiones.

Indica no tener ideas suicidas, emocionalmente refiere que nunca se ha sentido solo, ni ha tenido bajos ánimos, dentro de su dinámica se sentía bien, indica “*me gusta el olor al cannabis*” frase que el menor mencionó, ya que considera es un estimulante para relajarse.

Actualmente, lleva 11 meses de estar recluido a consecuencia de un allanamiento realizado en su casa, donde le encontraron posesión de arma ilegal, por ello cumple una condena de 2 años.

Se hace la salvedad que Mario I hace dos meses perdió físicamente a uno de sus hermanos referido por él mismo, le ha afectado su estado emocional y conductual ya que fue por caso de homicidio, aduciendo tiene pensamientos de “*matar*” a las personas que le hicieron daño. Actualmente, el menor tiene dos hermanos, ambos condenados por homicidio. Mario I se percibe como una persona muy problemática, oportunidad que tiene en hacer daño, lo hace, se considera una persona de alto perfil. En la actualidad, su madre biológica se encuentra detenida por acciones delictivas, la misma refuerza acciones negativas en sus hijos.

Como complemento, la psicóloga de la institución refiere que el tiempo que Mario I ingresó al centro de custodia y cumplimiento Aurelio Granados hijo, ha tenido comportamientos donde no controla sus emociones específicamente actuar de manera impulsiva, la mayoría de las veces el menor no participa en programas donde incluyen la participación de los adolescentes jóvenes recluidos, ya que fomenta problemas con sus pares.

Posterior de su anamnesis, se le aplicaron unas pruebas clínicas al menor para corroborar rasgos de personalidad (impulsividad) y valorar los resultados en cuanto a su conducta. Las pruebas aplicadas son:

- Escala de impulsividad de Barratt
- Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman.
- Escala de Hamilton para la Depresión (H. D. R. S.)
- Examen Mínimo Del Estado mental (Mini Mental)
- Test de Raven (se considera evaluar la capacidad intelectual del paciente).
- Inventario multifacético de personalidad para adolescentes (MMPI-A).

De acuerdo con los resultados que arrojaron las escalas el sujeto en su totalidad presenta rasgos de impulsividad según la escala de Barratt con puntuación de 80 el cual equivale un porcentaje alto.

En el capítulo V se analizará los resultados obtenidos de acuerdo a las pruebas aplicadas.

Impresión Diagnóstica

De acuerdo con los resultados obtenidos de la prueba de personalidad, escalas que miden rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, basándonos en los criterios del DSM-5 Mario I cumple con los criterios de trastorno de conducta en sus inicios en la adolescencia (V71.02 (Z72.810) comportamiento antisocial infantil o adolescente.) por ello se ve reflejado el comportamiento repetitivo (312.82 (F91.2) trastorno de conducta (se especifica la falta de remordimiento o culpabilidad, insensible, carente de empatía, despreocupado por su rendimiento, afecto superficial o deficiente, se especifica la gravedad actual.

Cuadro # 3. Plan de intervención clínica caso # 1

| | | |
|--|--|---------------|
| Caso N° 1 | Nombre: Mario I | Edad: 15 años |
| Áreas a trabajar: referido por el paciente, Pensamientos, conducta impulsiva | Tipo de terapia: T.C.C. Beck- Aceptación y Compromiso. | |
| Intervenciones: 15 sesiones. 5 seguimientos. | | |
| Sesiones: 1-2 | Fechas: 28-30 de agosto de 2018. | |
| Estructura de las sesiones: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas. | | |
| Objetivos: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.✚ Conciensar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.✚ Utilizar técnicas cognitivas para el inicio de la terapia.✚ Determinar pensamientos disfuncionales que influyan en el comportamiento impulsivo. | | |
| Técnicas: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Técnica de visualización de un paisaje.✚ El diario de pensamientos y sentimientos.✚ Diagrama el círculo mágico y la trampa negativa. | | |

- ✚ El termómetro del ánimo.
- ✚ Técnica de Auto instrucciones
- ✚ Técnica de las tres columnas

Procedimiento:

En la primera sesión, se plantearán objetivos que deben llevarse a cabo para lograr avances en las siguientes sesiones:

Primero: se crea un rapport- confianza con el paciente, para que no se sienta juzgado y pueda sentirse en la libertad de cooperar en la terapia.

Segundo: se le explicó al paciente en qué consiste la terapia cognitiva conductual, los beneficios y los logros que se obtienen si se lleva a cabo, y si el paciente colabora para que haya resultados.

Tercero: brindar psicoeducación con respecto al trastorno de conducta, específicamente rasgos de impulsividad que afectan su rendimiento y su personalidad, las consecuencias que trae actuar sin pensar en sus acciones. Posterior a ello, se le explica el procedimiento de las sesiones, se establecen las reglas para llevarlas a cabo: no llegar tarde, respetar, el tiempo será de 1 hora, las sesiones serán tres veces a la semana, se le explica de que fecha se inicia y cuando finaliza; además de ello se le explica la dinámica de cada sesión, es decir, en cada sesión se entablarán objetivos que se deben lograr, se deja la opción del paciente que exprese lo que quiere que le trabajen.

Se resalta un punto importante, que los pacientes son adolescentes jóvenes que están reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo y hay menos probabilidades que ejecuten diversas tareas por el entorno donde se encuentran.

Durante las sesiones cada paciente debe realizar una síntesis y realimentación de lo que se hace en las sesiones. Al inicio utilizaremos diversas técnicas de mindfulness como herramienta para que se sientan más relajados por si llegan con alteraciones en terapia, es por ello que se incluye la terapia de aceptación y compromiso.

El paciente decidirá si quiere abordar uno o varios problemas que considere sea relevante e influya a que actúe impulsivamente.

Cuarto: se le incita al paciente que si pone de su parte para llevar a cabo las sesiones es factible que tenga avances significativos después que culmine las terapias, sin embargo, dependerá de la disposición y el deseo de cambio.

Observación:

(se le explicó al paciente que se hará uso de un nombre ficticio para cuidar su identidad y por ética). Se le solicitó a Mario I realizar un análisis a través de la técnica del diario de pensamientos y sentimientos ya que es útil para ir identificando pensamientos automáticos y posteriormente los vincule con las reacciones emocionales.

Mario I indica “es difícil ya que no sabe cómo hacer eso”, posterior se le facilita una hoja de registro donde va anotar que pensamientos surgen cuando se siente molesto y la conducta que es emitida.

Pensamientos y sentimientos

| Día y hora | Situación | | Pensamientos | | Sentimientos |
|------------|-------------------|--------------------|--|--------------------------|--------------|
| | ¿Qué? ¿Cuándo? | ¿Dónde? ¿Quién? | ¿Cuáles fueron tus pensamientos candentes? | ¿Qué o como te sentiste? | |
| | | | | | |

Posterior a ello se le facilita ejecute otra técnica llamada el círculo mágico y la trampa negativa con el fin de que Mario I piense en aquellas creencias nucleares a consecuencia de situaciones difíciles por las cuales estaba o está atravesando donde debe escribirlo o expresarlo a través

de un dibujo. En esta técnica el menor lo dibujó indicando que muchas situaciones de su vida influyen a que este recluido actualmente en el centro. Cuando el menor expresó esas situaciones, el terapeuta le pregunta mencione ¿cuáles pueden influir en que pierdas el control de sus impulsos?

Mario I sonrío e indica si se meten conmigo, me encuentran, yo tengo muchos problemas aquí, aprovecho las oportunidades.

Por su parte, indica que va a tratar de ver si pone de su parte: ejemplifica que un amigo de él hace dos años lo asesinaron en un centro educativo de la ciudad de David, ya que andaba en malos pasos, señala “*él quiso cambiar*”, “*por eso es que le digo el que cambia lo matan*”, “*en el mundo de padilla no se olvidan las rencillas*”. Posterior a ello, se le resaltan las cualidades positivas del menor para que vaya cambiando la perspectiva que tiene hasta el momento. Se le asignan tareas para la próxima sesión.

Se le plantea al menor llenar la técnica de las tres columnas en el cual se va a etiquetar los errores cognitivos que tienen y se sustituyen los pensamientos automáticos negativos por otros más racionales. Se le facilita un cuadro como ejemplo para que pueda comprender en qué consiste la técnica.

Técnica de las tres columnas

| Pensamiento automático negativo | Distorsión cognitiva | Respuesta racional |
|---|------------------------|--|
| Si salgo alguna actividad, fomentaré problemas graves. | Catastrofización | No todo el tiempo seré yo el que fomente los problemas, quizás surjan por otras personas. |
| Me siento desanimado cada vez que me acuerdo de la muerte de mi hermano, si me vengo me sentiré bien. | Razonamiento emocional | Si me dan libertad, trataré de que no pase nada terrible, tengo que aceptar que andar en estos caminos de pandillerismo tiene sus consecuencias. |

Tareas: leer la lista de pensamientos y conductas que se inició en la sesión 1-2 y agregar más cuando surjan, cuando se siente molesto escuchar música de relajación o que más le agrade, hacer manualidades para ocupar su mente, practicar técnicas de respiración explicadas y practicadas en sesiones.

Sesiones: 3-4-5

Fecha: 3- 5- 7 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.
- ✚ Hacer concientizar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.
- ✚ Utilizar técnicas cognitivas para el inicio de la terapia.

Técnicas:

- ✚ La prueba del Sí/ entonces.
- ✚ Técnica de respiración
- ✚ Auto registro.
- ✚ El diálogo socrático

- ✚ Juego de roles.
- ✚ Detección del pensamiento.
- ✚ Termómetro del ánimo.

Procedimientos:

Se le explicó a Mario I como en las sesiones anteriores, iniciar con una terapia de relajación ya que es esencial para que se sienta relajado y tranquilo durante la sesión.

Se inicia analizando y revisando las tareas establecidas: según el registro de pensamiento Mario I se mantuvo con aquellos pensamientos que tiene de sí mismo y de su deseo de cambio.

Es importante preguntarle al paciente cómo se siente el día de hoy, a través del termómetro del ánimo. Se le solicita haga una escala para medir su estado emocional actualmente.

Mario I refiere que de una escala de 1 a 10 (donde 1 corresponde a estar mal, decaído, molesto, desganado- y 10 corresponde a sentirse bien, contento, con ánimos), indica un 5 que corresponde a que en ese momento de sesión se encontraba algo tranquilo por el momento.

Se le explicó al paciente que en todas las demás sesiones se va a tender un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Se le explica al paciente que se va a armar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas de juego de roles y el diálogo socrático que consiste en que a través de una serie de preguntas que se le realizan de aquellos pensamientos disfuncionales que tiene de sí mismo, se le solicita que se intercambien de roles es decir el terapeuta será el paciente y el paciente será el terapeuta, ante de ello, se le pregunta al paciente

de aquellas habilidades que tiene en alguna actividad que le guste realizar, posterior que lo enseñe, pero a través del juego se emitirán frases comunes en el menor para que vaya identificando aquellos pensamientos que posee. El objetivo de esas técnicas es que Mario I vaya identificando por sí solo aquellas referencias que hace hacia su propia persona, por ejemplo: *“soy de alto perfil”, “no me quieren sacar, porque fomento problemas”, “en ocasiones me siento inútil”*.

Posterior a ello, se utiliza una técnica del Sí y entonces donde Mario I debe completar con frases de aquellas situaciones puede realizar y que ventajas obtendría de ello, se le solicitó lo hiciera con acciones negativas y positivas, lo ideal es que vaya analizando de los resultados de las acciones.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas para Mario I se le hacía difícil comprender lo que debía hacer, además mostró ciertas conductas reacias para trabajar, posterior a ello empezó a colaborar, pero siempre refiere de la frase *“yo no entiendo nada, usted es la que sabe”*

Tareas: iniciar leer un libro denominado sangre de campeones, extraer datos relevantes del libro que le hayan llamado la atención, trabajar en base al volcán de las emociones durante la semana de sesión para determinar qué tan impulsivo puede llegar a ser, continuar practicando técnicas de respiración cuando pase alguna situación ya sea con los propios compañeros de celda, hacer una lista de objetivos que quiere que sigan trabajando en base a las sesiones.

Sesiones: 6- 7- 8

Fecha: 10- 12- 14 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.

- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Concienciar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y cómo los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios de relajación y respiración diafragmática.
- ✚ Lista de escala para la intensidad.
- ✚ Sopa de letra busca sentimientos
- ✚ Técnica de la fantasía dirigida.
- ✚ Experiencia simulada.
- ✚ Técnica del modelado

Procedimientos:

Al inicio de la sesión se inició con la aplicación de los ejercicios de respiración diafragmática para que el menor se sienta tranquilo y cómodo en terapia, posteriormente, se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realimente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le solicita comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

El menor indica que no las había podido realizar, ya que no se sentía con ánimos, se le explica a Mario I que se le comprendía y se le explicó que para la siguiente sesión hiciera el esfuerzo de realizarlas. Al momento de la aplicación de la técnica de relajación el menor menciona se imaginó se encontraba en su casa, en su cuarto, *“aduciendo nada como estar en casa”*.

Se le explica al paciente que se va armar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas como la escala de intensidad donde agregara un puntaje de cómo se siente emocionalmente desde la última semana, indicando así una escala de 1 a 10 donde se siente 5 considerado enojado pero tranquilo, ya que le cambiaron la fecha de audiencia para el arreglo de pena. Se le explica al menor que la escala tiene como objetivo que identifique los diferentes tipos de emociones que presenta y con qué intensidad es frecuentada, la misma además fue reforzada a través de una sopa de letra de busca sentimientos donde refleja aquellas emociones que por lo general el ser humano experimenta, posterior hacer la lista de qué sentimientos el experimenta de manera frecuente, mencionando alegría, tristeza, enfado, deprimido.

Durante la aplicación de la técnica de la fantasía dirigida, se le pide al paciente cerrar los ojos y con la guía del terapeuta imagine alguna escena del pasado que sea desagradable luego se imagine una escena, pero del futuro añadiendo detalles que le agraden y le gustaría que ayude a describir el evento con todos los sentidos, posterior con las escenas expresadas se trabaja con aquellos pensamientos que surgen y provoquen emitir conductas desadaptadas, pasado y futuro. Se añade a la lista de pensamientos de la sesión anterior. A través de la técnica del modelado se le incita al menor a imitar comportamiento de otra persona de manera positiva, se le explica al paciente trabajar en las demás sesiones esta técnica, ya que se van reforzando comportamientos adaptativos.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas, el menor se mostró con la disposición y buen estado de ánimo, hacía referencia de frases como *“que locura” “esto es diferente” “me siento tranquilo”*, el menor menciona sentirse tranquilo, pero cuando vuelve para la celda se frustra.

Tareas: practicar técnica de imaginación de un paisaje, o un ambiente que le gustaría estar, continuar leyendo el libro de sangres de campeones, cuando se sienta molesto practicar ejercicios físicos para liberar tensiones, escuchar música de relajación.

Sesiones: 9- 10- 11

Fecha: 17- 19- 21 de septiembre de 2018.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y cómo los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.
- ✚ Reforzar logros obtenidos en cuanto al uso de técnicas cognitivas-conductuales.

Técnicas:

- ✚ técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson.
- ✚ Registro diario de pensamientos distorsionados (hoja de autorregistro).
- ✚ Empirismo cooperativo.
- ✚ Flecha descendente.
- ✚ La metáfora del pantano.

Procedimientos:

Al inicio de la sesión se aplicó técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson para que el menor se sienta tranquilo y cómodo en terapia, posterior se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le parecieron importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Posterior a ello, Mario I hace referencia que ha puesto de su parte, ya que no quiere estar la mayor parte del tiempo encerrado, el menor se hace consciente que su conducta no ha sido la correcta, hace mención: *“mientras este aquí voy a poner de mi parte para cambiar” “yo me lo había*

establecido desde hace tiempo, pero después que murió mi hermano me desanimé”, “lo extraño mucho a él”, “mi familia me dice que estudie” “sé que no es fácil, lo intentaré”. Aquí se le refuerza al menor los deseos de cambios y se le motiva a que continúe trabajando en ello. Indica que las sesiones le han parecido buenas, ya que puede hablar de sucesos de su vida que ha tenido reprimidas. Emocionalmente hasta el momento el menor se siente bien, en ocasiones se molesta, pero trabaja en las técnicas de respiración, hace mención le gusta aplicar la técnica de visualización de un paisaje, porque quiere estar en su casa, relajado en su cuarto.

Se inicia con la técnica de autorregistro donde se le explica que consiste en identificar aquellos pensamientos disfuncionales que suele tener y con qué frecuencia, se le brinda un cuadro como ejemplo para que pueda completarlo. Aquí se resalta un pensamiento presente en la vida de Mario I, y los logros en cuanto a sustituir.

Hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales

| Fecha | Situación | Emociones | Pensamientos automáticos | Distorsiones cognitivas | Respuestas racionales | Resultados |
|-------|---|--|---|--|---|---|
| | Describa brevemente el acontecimiento real que motivó la emoción desagradable | Especifique triste, enfadado/a, ansioso/a, etc | Anote el(los) pensamiento(s) automático*, s) que preceden o acompañan a la(s) emoción | Identifique la(s) distorsión(s) presente(s) en cada pensamiento automático | Anote la(s) respuesta(s) racional(es) al(os) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100 | Vuelva a evaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos, de 0 a 100 |
| | La corriente de pensamientos o el recuerdo que | Evalúe la intensidad de la emoción, de 1 a 100 | Evalúe el grado de creencia en el(los) pensamiento(s) | ¿De qué manera estoy personalizando, abstrayendo | Evalúe el grado de creencia en la(s) respuesta(s) | Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones que le siguen |

| | motivó la emoción desagradable | | automático(s). de 0 a 100 | selectivamente, minimizando, etc.? | racional(es), de 0 a 100 | |
|---------------------------------------|--------------------------------|--|---|------------------------------------|--|---|
| Aproximadamente Como a las 10:00 p.m. | La muerte de mi hermano | Enfado, venganza. Considera esa emoción con una intensidad de 100. | Si yo vengo la muerte de mi hermano, el descansará. Grado de creencia: 85 | Matar | Sé que no me van a devolver a mi hermano, por eso en ocasiones, pienso que quiero cambiar para que no se repita la misma historia conmigo. Grado de creencia: 80 | Me siento triste, me desanimo, pero trato de sustituir esas emociones por tranquilidad. |

Luego que Mario I agregara pensamientos disfuncionales, se continuó trabajando con base a la técnica de empirismo colaborativo donde tanto el terapeuta como el paciente trabajan en equipo para explorar aquellos sentimientos, significados, deseos y conductas que presenta. A través de las tareas se le solicita al menor a comprobar si obtiene algún beneficio o no en su vida: ejemplo, Mario I refiere que sus pensamientos en ocasiones es su hermano y que lo extraña, los sentimientos que explora es tristeza e impotencia, su deseo señala vengarla y la conducta que emite es estrellar objetos que tenga enfrente porque se siente frustrado; lo que se quiere es que el mismo paciente identifique que sus emociones hacia la ausencia de su hermano son aceptables, pero sus pensamientos deben ser en realizar un cambio en su vida como forma para ir saliendo poco a poco, sustituirlos por pensamientos positivos, se le solicita al menor que realice una lista de pensamientos donde explore sus emociones y las conductas que emita, posterior se cuestione que logro obtiene de ello.

Se continúa trabajando en las siguientes sesiones como complemento con la técnica de la flecha descendente donde Mario I va a cuestionarse con respecto a pensamientos automáticos que haya anotado en la hoja de autorregistro esto implica realizar una serie de preguntas sobre el significado y lo que atribuye sus pensamientos o experiencias: «¿Y qué significaría eso?... Y si fuese así, ¿que implicaría? Y si fuera ése el caso, ¿qué pasaría entonces? Para que Mario I se responda él mismo acerca de sus pensamientos. Así se logra que obtenga respuestas a sus propias interrogantes. Posteriormente, se le facilita la metáfora del pantano como complemento a las preguntas y pueda realizar un análisis de beneficio para él.

Observación:

Al momento de la ejecución de técnicas Mario I muestra disposición e interés por las mismas, se reflejan cambios significativos referentes a su conducta y pensamientos ya que está aprendiendo a sustituirlos.

Tareas: continuar leyendo el libro, agregar otros pensamientos a la hoja de registro, si se siente molesto aplicar técnicas de respiración, imaginación implementadas en sesiones, realizar manualidades, escuchar música.

Sesiones: 12-13- 14

Fecha: 24- 26- 28 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.
- ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios experienciales (ejercicio de las mariposas).
- ✚ Técnica de la distracción (Técnica del semáforo).
- ✚ Diálogo socrático.
- ✚ Reestructuración cognitiva

Procedimientos:

Al inicio de la sesión se aplicó el ejercicio de las mariposas para que el menor empiece dejando pensamientos que influyen en su comportamiento negativo y adopte otros positivos, identificándolos de manera inmediata, posterior se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

El menor hace referencia continuar leyendo el libro, actualmente, está realizando unas manualidades para venderlas, aduce sentirse tranquilo, en ocasiones surgen pensamientos, pero está tratando de sustituirlas por pensamientos adaptativos. Referente a las sesiones anteriores quiere seguir fortaleciendo sus avances en cuanto a su conducta.

Se continúa trabajando con la técnica del semáforo explicándole las funciones de los tres colores: verde, naranja, rojo, el verde consiste realizar alguna actividad para que se relaje y pueda expresar de otra manera algo que le haya molestado, el naranja, si domina sus pensamientos puede

dominar su comportamiento, aquí se usa la técnica de la distracción que consiste en realizar actividades donde su atención se dirija a una función para que sus pensamientos no divaguen; el rojo es cuando no pueda controlar sus impulsos, ira, se le explicó al menor que cuando no tiene autocontrol puede practicar técnica de auto instrucciones o tiempo fuera, practicadas y explicadas en sesión.

Mario I refiere haberle gustado el ejercicio de la mariposa, hace referencia que ha optado por realizar técnicas de meditaciones con lugares que más sea de su agrado (playa, su cuarto, ríos).

Se continúa reforzando a través del diálogo socrático aquellas ideas que surgen en el menor induciéndolo a que conteste las propias preguntas y obtenga las respuestas a través de un registro de pensamientos haciendo una reestructuración cognitiva de sus creencias (el diálogo con uno mismo dirigido y la reestructuración cognitiva ayudan al paciente a identificar los patrones de pensamiento irracionales, erróneos o desadaptativos y a sustituirlos por cogniciones más positivas y adaptativas).

Observación: continuar trabajando en las técnicas, se valoran los avances en la conducta de Mario I.

Tareas: continuar trabajando las técnicas de autocontrol, extraer pequeñas lecciones del libro sangre de campeones, hacer ejercicios cuando se sienta molesto, realizar manualidades y escuchar música.

Sesiones: 15- 16-17

Fecha: 1- 8 -15 de octubre de 2018.

Objetivos:

- ✚ Fortalecer las cualidades positivas del paciente.
- ✚ Explicarle al paciente del cierre de sesión y el seguimiento para fortalecer logros obtenidos.

Técnicas:

- ✚ Reestructuración cognitiva.

Procedimientos:

En la última sesión se le explicó al paciente del cierre y culminación del programa psicoterapéutico referente al control de impulsos.

En la sesión 15 y las demás se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva para valorar si el mismo sustituye de manera correcta aquellos pensamientos que surgen afectando la conducta y poder sustituirlos positivamente.

Se valoran los logros significativamente en Mario I, indicando que le gustaría fuera más extenso el programa y que se compromete a tratar de trabajar posteriormente su conducta siendo reforzada por el personal dentro del centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

Observación:

Durante las sesiones se pudo observar significativamente los logros que ha obtenido Mario I con respecto a su conducta, ya que ahora participa en actividades donde antes no lo hacía. Emocionalmente, se siente tranquilo, indica que las veces que se ha sentido molesto trata de trabajar en las técnicas practicadas en las sesiones; no obstante, se hace la salvedad de ser un proceso que se trabaja a diario.

Sesiones: 18- 19- 20

Fecha: 22- 29- de octubre – 12 de noviembre de 2018.

Objetivos:

- ✚ Continuar valorando esfuerzos realizados por el menor.

Durante las últimas 3 sesiones, se logró trabajar con Mario I una sola vez ya que por actividades dentro del centro impidió continuar con el seguimiento de los mismos; no obstante el comportamiento de Mario I hasta la sesión 18 fue de avance positivo.

Fuente: Vega, 2018

Caso # 2

Paciente de 17 años de edad, que forma parte del programa psicoterapéutico debido a su temperamento explosivo, al mismo se le asignó un nombre ficticio para relatar posteriormente su anamnesis (Mario II).

Mario II se educó con su abuela por parte de la línea materna, ya que su madre reside en la ciudad de Panamá, es el mayor de tres hermanos, dos están con su madre, actualmente mantiene buena comunicación con su abuela, referente a su madre la comunicación es distante; el menor hace referencia no tiene ningún contacto con su padre biológico hasta el momento. En cuanto a su nivel académico llegó hasta VI grado de primaria, considera era muy problemático, lo agarraron con arma dentro del centro educativo, según iba a matar a otra persona, pero no logró el objetivo.

Mario II compartía gratos momentos con su abuela hasta que a los 8 años de edad su madre lo buscó para llevárselo para la ciudad de Panamá y conviviera con ella, vivían en área considerada zona roja (Chorrera), indica su madre es la culpable de que se haya adentrado a grupos delictivos debido a que no le prestaba la atención ni los cuidados necesarios a él ni su hermana menor, una señora los cuidaba, se sentía solo. En la dinámica familiar se veía mucho la violencia doméstica, peleas, discusiones, consumo de alcohol. Menciona además que la relación de sus padres era mala, por ello los abandonó, posterior la madre tuvo una segunda relación producto nace su segunda hermana, Mario II tenía muchas diferencias con el padrastro, actualmente su madre tiene una tercera pareja donde nace su tercera hermana que tiene 9 meses. Indica que con la tercera pareja de su madre no ha tenido diferencias, considera porque está detenido.

Datos importantes y relevantes de su adolescencia menciona que, desde los 10 años, empezó a relacionarse con personas que pertenecían a grupos delictivos, indicando además que a esa edad consumió por primera y última vez sustancia psicoactiva (marihuana) ya que tuvo una sobredosis dando como resultados la hospitalización por una semana por ello hace referencia a la frase de *“le tengo miedo a las drogas”*.

Antes de ingresar a grupos delictivos, Mario II ya tenía diferencias con personas del mismo entorno, pero desde que ingreso a la pandilla consideró sentirse apoyado por sus miembros.

Su primera acción delictiva fue a los 14 años de edad donde participó en un secuestro, pero absolvieron el mismo debido a que la persona afectada indicó en su momento tenía hijos, familia.

Actualmente, Mario II está detenido y cumple una condena de 7 años de edad por el delito de homicidio y posesión de arma de manera ilegal, aduce tiene otros casos pendientes.

Antes de ser detenido menciona que fue internado en diversas instituciones para ayudarlo: Chapala, Tínc hale, Hogar Malambo, Luz y esperanza, estuvo en el Centro Arcoíris donde estaba detenido, pero se fugó.

El menor indica no presentar ideas suicidas, tiene pensamientos frecuentes de que los mismos miembros de la banda al que pertenecía lo quieren matar.

Considera además que es una persona de “*mente débil*” ya que se deja influenciar por cualquier situación, quisiera trabajar en terapia su impulsividad, ya que le ha dejado como resultados muchos problemas.

Como aporte a la entrevista del menor la psicóloga de la institución refiere que del tiempo que Mario II ingresó al centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo, ha tenido comportamientos donde no controla sus emociones específicamente actuar de manera impulsiva, además considera es una persona muy manipuladora y desafiante, la mayoría de las veces el menor no participa en programas porque quieren evitar posibles enfrentamientos.

Por situaciones personales, la madre de Mario II no pudo presentarse a la entrevista para hablar sobre su hijo, por su parte Mario II hace referencia que las visitas que recibe de su abuela es cuando él decide llamarla, mientras tanto no asiste.

Para complementar la entrevista se le aplicó a Mario II unas escalas y prueba de personalidad que serán de ayuda para medir los rasgos de impulsividad en el menor. Las pruebas aplicadas fueron:

- Escala de impulsividad de Barratt
- Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman.
- Escala de Hamilton para la Depresión (H. D. R. S.)
- Examen Mínimo Del Estado mental (Mini Mental)
- Test de Raven (se considera evaluar la capacidad intelectual del paciente).
- Inventario multifacético de personalidad para adolescente (MMPI-A).

De acuerdo con los resultados que arrojaron las escalas, el sujeto en su totalidad presenta rasgos de impulsividad según la escala de Barratt con puntuación de 88 el cual equivale un porcentaje alto.

En el capítulo V se analizará los resultados obtenidos de acuerdo con las pruebas aplicadas.

Impresión diagnóstica

De acuerdo con los resultados obtenidos de la prueba de personalidad, escalas que miden rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, basándonos en los criterios del DSM-5 Mario II cumple con los criterios de trastorno de conducta tendiendo sus inicios en la adolescencia (V71.02 (Z72.810) comportamiento antisocial infantil o adolescente.) por ello se ve reflejado el comportamiento repetitivo (312.82 (F91.2) trastorno de conducta (se especifica la falta de remordimiento o culpabilidad, insensible, carente de empatía, despreocupado por su rendimiento, afecto superficial o deficiente, se especifica la gravedad actual).

Cuadro # 4. Plan de intervención clínica caso # 2

| | | |
|--|--|---------------|
| Caso N° 2 | Nombre: Mario II | Edad: 17 años |
| Áreas a trabajar: Pensamientos, conducta impulsiva | Tipo de terapia: T.C.C. Beck- Aceptación y Compromiso. | |
| Intervenciones: 15 sesiones. | 5 seguimientos. | |
| Sesiones: 1-2 | Fechas: 28-30 de agosto de 2018. | |
| Estructura de las sesiones: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas. | | |
| Objetivos: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.✚ Hacer concientizar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.✚ Utilizar técnicas para el inicio de la terapia. | | |
| Técnicas: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Técnica de visualización de un paisaje.✚ El diario de pensamientos y sentimientos.✚ Diagrama el círculo mágico y la trampa negativa.✚ Termómetro del ánimo✚ Técnica de las 3 columnas. | | |

Procedimiento:

En la primera sesión se plantearán objetivos que deben llevarse a cabo para lograr avances en las siguientes sesiones:

Primero: se crea un rapport- confianza con el paciente, para que no se sienta juzgado y pueda sentirse en la libertad de cooperar en la terapia.

Segundo: se le explicó al paciente en qué consiste la terapia cognitiva conductual, cuáles son los beneficios y los logros que se obtienen si se lleva a cabo, y si el paciente colabora para que haya resultados.

Tercero: brindar psicoeducación con respecto a el trastorno de conducta, específicamente rasgos de impulsividad que afectan su rendimiento y su personalidad, las consecuencias que trae actuar sin pensar en sus acciones. Posteriormente, se le explica cuál va hacer el procedimiento de las sesiones, se establecen las reglas para llevarlas a cabo: no llegar tarde, respetar, el tiempo será de 1 hora, las sesiones serán tres veces a la semana, se le explica de que fecha se inicia y cuando finaliza ; además de ello se le explica al paciente la dinámica de cada sesión es decir, en cada sesión se entablarán objetivos que se deben lograr, se deja la opción del paciente que exprese lo que quiere que le trabajen.

Se resalta un punto importante, que los pacientes son adolescentes que están reclusos en el centro de custodia y cumplimiento Aurelio Granados Hijo y hay menos probabilidades que ejecuten diversas tareas por el entorno donde se encuentran.

Durante las sesiones cada paciente debe realizar una síntesis y realimentación de lo que se hace en las sesiones. Al inicio de cada sesión utilizaremos diversas técnicas de mindfulness como herramienta para que se sientan más relajados, ya que en ocasiones se reflejan alteraciones en terapia es por ello que se incluye la terapia de aceptación y compromiso.

El paciente decidirá si quiere abordar uno o varios problemas que considere sea relevante e influya a que actúe impulsivamente.

Cuarto: se le incita al paciente poner de su parte para llevar a cabo las sesiones para que sea factible que tenga avances significativos después que culmine las terapias, sin embargo, dependerá de la disposición y el deseo de cambio.

Observación:

(se le explicó al paciente que se hará uso de un nombre ficticio para cuidar su identidad y por ética). Se le solicitó a Mario II realizar un análisis a través de la técnica del diario de pensamientos y sentimientos, ya que es útil para ir identificando pensamientos automáticos y posteriormente los vincule con las reacciones emocionales.

Mario II indica “cómo hago eso”, posterior se le facilita una hoja de registro donde va anotar que pensamientos surgen cuando se siente molesto y la conducta que es emitida, se le solicita haga un autoanálisis de su persona.

Pensamientos y sentimientos

| <i>Día y hora</i> | <i>Situación</i> | | | <i>Pensamientos</i> | | <i>Sentimientos</i> |
|-------------------|------------------|----------------|-----------------|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|
| | <i>¿Qué?</i> | <i>¿Dónde?</i> | <i>¿Cuándo?</i> | <i>¿Cuáles</i> | <i>¿fueron tus</i> | <i>¿Qué o como te sentiste?</i> |
| | <i>¿Quien?</i> | | | <i>¿pensamientos candentes?</i> | | |
| | | | | | | |

Se le facilita ejecute otra técnica llamada el círculo mágico y la trampa negativa con el fin de que Mario II piense en aquellas creencias nucleares a consecuencia de situaciones difíciles por las cuales estaba o está atravesando donde debe escribirlo o expresarlo a través de un dibujo. En esta técnica el menor lo expresó de manera verbal indicando que muchas situaciones de su vida influyeron por la desatención de la figura materna, es por ello que desde temprana edad empezó a relacionarse con grupos de pares que realizaban acciones delictivas, indicando que buscaba el trato y la atención que no le brindaban en casa, además expresó que relacionándose con esas personas lo veían a él como con temor, esa sensación le agradaba.

Cuando el menor expresó sobre las sensaciones que sentía cuando sus pares lo veían con temor, el terapeuta le solicitó expresara las emociones que sentía y qué situaciones lo hacían actuar de manera impulsiva.

Mario II indica que se sentía “grande”, no se metían con él cuando caminaba por el barrio, se sentía con valor para hacer las cosas ya que sabía que lo iban a defender si cometía alguna acción, me sentía feliz, pero cuando regresaba a casa me sentía solo y triste por la ausencia de mi madre.

Mario II espera que con la terapia pueda trabajar en base a controlar un poco sus impulsos además indica que, a consecuencia de ello, ha tenido muchos problemas, refiere que va a tratar de poner de su parte: *“quiero cambiar”, “pero hay personas que me quieren hacer daño”, “yo no busco problema, pero si se meten conmigo de una vez me quiero vengar”*.

Se le plantea al menor llenar la técnica de las tres columnas en el cual se va a etiquetar los errores cognitivos que tienen y se sustituyen los pensamientos automáticos negativos por otros más racionales. Se le brinda un cuadro de ejemplo para que comprenda e identifique los pensamientos negativos.

Técnica de las tres columnas

| Pensamiento automático negativo | Distorsión cognitiva | Respuesta racional |
|---|----------------------|--|
| Los problemas surgen siempre cuando trato de hacer las cosas bien. | Personalización | No todo el tiempo que haga las cosas bien significa que no vaya tener problemas, debo saber que son pruebas. |
| Si me sacan con los otros compañeros con los que tengo problema, se va a formar una tragedia. | Catastrofización | No tiene por qué pasar ningún problema con ellos, debo tratar de controlar mis impulsos porque quiero cambiar. |

Se le resaltan las cualidades positivas del menor para que vaya cambiando la perspectiva que tiene hasta el momento. Se le asignan tareas para la próxima sesión.

Tareas: leer la lista de pensamientos y conductas que se inició en la sesión 1-2 y agregar más cuando surjan, cuando se siente molesto escuchar música de relajación o que más le agrade, hacer manualidades para ocupar su mente, practicar técnicas de respiración explicadas y practicadas en sesiones.

Sesiones: 3-4-5

Fecha: 3- 5- 7 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.
- ✚ Hacer conciencia de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.
- ✚ Utilizar técnicas cognitivas para el inicio de la terapia.

Técnicas:

- ✚ La prueba del Sí/ entonces.
- ✚ Técnica de atención plena de la respiración (breve)
- ✚ El diálogo socrático
- ✚ Juego de roles.
- ✚ Termómetro del ánimo.

Procedimientos:

Se le explicó a Mario II como en las sesiones anteriores, iniciar con una terapia de relajación ya que es esencial para que se sienta relajado y tranquilo durante la terapia.

Se inicia analizando y revisando las tareas establecidas: según el registro de pensamiento Mario II agrega pensamientos como soy una persona mala, quiero cambiar, pero las personas de la pandilla a que pertenecía me quieren matar.

Al inicio de la sesión, se le pregunta al paciente cómo se siente el día de hoy, a través del termómetro del ánimo. Se le solicita haga una escala para medir su estado emocional actualmente.

Mario II refiere que la escala de 1 a 10 (donde 1 corresponde a estar mal, decaído, molesto, desganado- y 10 corresponde a sentirse bien, contento, con ánimos), indica un 3 que corresponde a que en ese momento de sesión se encontraba muy molesto y ansioso. Al momento de la sesión el menor llegó muy molesto y mostraba un grado de ansiedad donde no se podía controlar ni concentrar durante la 3 sesión. Al momento de aplicar la técnica de respiración, cuestionó que ¿por qué? Aunado a ello se le explicó que se encontraba muy ansioso y los objetivos de la sesión no se estaban llevando a cabo.

Se le explicó al paciente que en todas las demás sesiones se va a tender un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve cómo le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Se le explica, al paciente, que se va armar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas de juego de roles y el diálogo socrático que consiste en que a través de una serie de preguntas que se le realizan de aquellos pensamientos disfuncionales que tiene de sí mismo, se le solicita que se intercambien de roles es decir el terapeuta será el paciente y el paciente será el terapeuta, ante de ello, se le pregunta al paciente de aquellas habilidades que tiene en alguna actividad que le guste realizar, posterior que me enseñe, pero a través del juego se emitirán frases comunes en el menor para que vaya identificando aquellos pensamientos que posee. El objetivo de esas técnicas es que Mario II vaya identificando por sí solo aquellas referencias que hace hacia su propia persona, por ejemplo: *“soy malo”*, *“soy problemático”*, *“me siento inútil”*, *“me siento culpable”*.

Posteriormente, se utiliza una técnica del sí y entonces, donde Mario II debe completar con frases de aquellas situaciones puede realizar y que ventajas obtendría de ello, se le solicitó lo hiciera con acciones negativas y positivas, lo ideal es que vaya analizando de los resultados de las acciones.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas para Mario II se le hacía difícil comprender lo que debía hacer, además mostró ciertas conductas reacias para trabajar, después empezó a colaborar.

Tareas: iniciar leer un libro denominado sangre de campeones, extraer datos relevantes del libro que le hayan llamado la atención, trabajar en base al volcán de las emociones durante la semana de sesión para determinar qué tan impulsivo puede llegar a ser, continuar practicando técnicas de respiración cuando pase alguna situación ya sea con los propios compañeros de celda, hacer una lista de objetivos que quiere que sigan trabajando en base a las sesiones.

Sesiones: 6- 7- 8

Fecha: 10- 12- 14 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Conciensar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y cómo los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios de respiración diafragmática.
- ✚ Lista de escala para la intensidad.
- ✚ Sopa de letra busca sentimientos
- ✚ Técnica de la fantasía dirigida.
- ✚ Experiencia simulada.
- ✚ Técnica del modelado

Procedimientos:

Se inició con la aplicación de los ejercicios de respiración diafragmática para que el menor se sintiera tranquilo y cómodo en terapia, posterior se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le parecieron importantes? Además, se le indica de manera breve cómo le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

El menor indica que ha empezado a leer el libro, le ha parecido interesante, con respecto a la lista de objetivos a trabajar en sesión añadió pensamientos como he tratado de cambiar, pero *“de nada sirve porque si cambio, me matan igual”*. Al momento de la aplicación de la técnica de respiración el menor no se concentró debido a que había factores de ruidos en el entorno.

Como en las sesiones anteriores, se le explica al paciente se va a armar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas como la escala de intensidad donde agregará un puntaje de cómo se siente emocionalmente desde la última semana, indicando así una escala de 1 a 10 donde se siente 7 considerado por el momento tranquilo ya que le cambiaron de la celda. Se le explica al menor que la escala tiene como objetivo que identifique los diferentes tipos de emociones que presenta y con qué intensidad es frecuentada lo mismo además fue reforzada a través de una sopa de letra de busca sentimientos donde refleja aquellas emociones que por lo general el ser humano experimenta, posterior hacer la lista de sentimientos que experimenta de manera frecuente, mencionando alegría, venganza, enfado, desanimado, curioso.

Durante la aplicación de la técnica de la fantasía dirigida se le pide al paciente cerrar los ojos y con la guía del terapeuta imagine alguna escena del pasado que sea desagradable luego se imagine una escena, pero del futuro añadiendo detalles que le agraden y le gustaría que ayude a describir el evento con todos los sentidos, posterior con las escenas expresadas se trabaja con aquellos pensamientos que surgen y provoquen emitir conductas desadaptadas, pasado y futuro. Se añade a la lista de pensamientos de la sesión anterior. A través de la técnica del modelado se le incita al menor a imitar comportamiento de otra persona de manera positiva, se le explica al paciente trabajar en las demás sesiones esta técnica ya que se van reforzando comportamientos adaptativos.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas el menor se mostró con la disposición y buen estado de ánimo, hacía referencia de frases como “*que locura*” “*esto es diferente*” “*me siento tranquilo*”, el menor menciona sentirse tranquilo, pero cuando vuelve para la celda se frustra.

Tareas: practicar técnica de imaginación de un paisaje, o un ambiente que le gustaría estar, continuar leyendo el libro de sangres de campeones, cuando se sienta molesto practicar ejercicios físicos para liberar tensiones, escuchar música de relajación.

Sesiones: 9- 10- 11

Fecha: 17- 19- 21 de septiembre de 2018.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y cómo los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.
- ✚ Reforzar logros obtenidos en cuanto al uso de técnicas cognitivas-conductuales.

Técnicas:

- ✚ Técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson.
- ✚ Registro diario de pensamientos distorsionados (hoja de autorregistro).
- ✚ Empirismo cooperativo.
- ✚ Flecha descendente.
- ✚ La metáfora del pantano.

Procedimientos:

Al inicio de la sesión se aplicó técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson para que el menor se sienta tranquilo y cómodo en terapia, posterior se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Mario II hace referencia que está poniendo de su parte aplicando técnicas que se realizan en las sesiones, indica que a raíz de su conducta tiene muchos conflictos. Con relación a las tareas asignadas le ha gustado el libro sangre de campeones, refleja sentido de pertenencia, superación y amor propio. Emocionalmente, Mario II se siente frustrado, ya que hace unos días tenía que presentarse a un juicio donde le agregaron otra condena aduciendo que no quiere estar más encerrado. A raíz de ello, ha emitido frases como *“me voy a fugar”* aduce que se siente muy desanimado por ello.

Posteriormente, se inicia con la técnica de autorregistro donde se le explica que consiste en identificar aquellos pensamientos disfuncionales que suele tener y con qué frecuencia, se le brinda un cuadro como ejemplo para que pueda completarlo. Aquí resaltamos un pensamiento presente en la vida de Mario II, y los logros en cuanto a sustituir.

Hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales

| Fecha | Situación | Emociones | Pensamientos automáticos | Distorsiones cognitivas | Respuestas racionales | Resultados |
|---------------------------------------|---|--|---|---|--|---|
| | Describa brevemente el acontecimiento real que motivó la emoción desagradable | Especifique triste, enfadado/a, ansioso/a, etc | Anote el(los) pensamiento(s) automático*, s) que preceden o acompañan a la(s) emoción | Identifique la(s) distorsión(s) presente(s) en cada pensamiento automático | Anote la(s) respuesta(s) racional(es) al(os) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100 | Vuelva a evaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos, de 0 a 100 |
| | La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable | Evalúe la intensidad de la emoción, de 1 a 100 | Evalúe el grado de creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s). de 0 a 100 | ¿De qué manera estoy personalizando, abstrayendo selectivamente, minimizando, etc.? | Evalúe el grado de creencia en la(s) respuesta(s) racional(es), de 0 a 100 | Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones que le siguen |
| Aproximadamente Como a las 12:00 a.m. | Fugarme | Enfado, frustración Considera esa emoción con una intensidad de 70. | Yo no quiero estar más tiempo encerrado, quiero libertad. Grado de creencia: 90 | Hacerle daño a la jueza, custodios | Si me fugo lo que voy a lograr es que me den más años en la cárcel. Además, mi madre me está | Me siento triste, me desanimo, frustración pero trato de sustituir esas emociones por tranquilidad, |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|
| | | | | | pidiendo que trate de hacer las cosas por mi bien. Grado de creencia: 80 | ya que sé voy estar bastante tiempo. |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|

Luego que Mario II agregara pensamientos disfuncionales, se continuó trabajando en base a la técnica de empirismo colaborativo donde el terapeuta como el paciente trabajan en equipo para explorar aquellos sentimientos, significados, deseos y conductas que presenta Mario II. a través de las tareas se le solicita al menor a comprobar si obtiene algún beneficio o no en su vida: ejemplo, Mario II refiere que sus pensamientos en ocasiones es su estancia por largos años en la cárcel, los sentimientos que explora es tristeza, impotencia, frustración, su deseo emitir una fuga y la conducta que emite es golpear a otro compañero; lo que se quiere es que el mismo paciente identifique que sus emociones hacia la permanencia en la institución son aceptables, pero sus pensamientos deben ser en realizar un cambio en su vida como forma para ir saliendo poco a poco, sustituirlos por pensamientos positivos, se le solicita al menor que realice una lista de pensamientos donde explore sus emociones y las conductas que emita, posterior se cuestione que logro obtiene de ello.

Se continúa trabajando en las siguientes sesiones como complemento con la técnica de la flecha descendente donde Mario II va a cuestionarse con respecto a pensamientos automáticos que haya anotado en la hoja de autorregistro esto implica que hacer a la una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones causales de sus pensamientos o experiencias: «¿Y qué significaría eso?... Y si fuese así, ¿que implicaría? Y si fuera ése el caso, ¿qué pasaría entonces? Para que Mario II se responda él mismo acerca de sus pensamientos. Se logra que obtenga respuestas a sus propias interrogantes. Posterior mente, se le facilita la metáfora del pantano como complemento a las preguntas y pueda realizar un análisis de beneficio para él.

Observación:

Al momento de la ejecución de técnicas Mario II muestra disposición, se reflejan cambios significativos referentes a su conducta y pensamientos ya que está aprendiendo a sustituirlos. Considera que aún le cuesta.

Tareas: continuar leyendo el libro, agregar otros pensamientos a la hoja de registro, si se siente molesto aplicar técnicas de respiración, imaginación implementadas en sesiones, realizar manualidades, escuchar música, realizar ejercicios físicos.

Sesiones: 12-13- 14

Fecha: 24- 26- 28 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.
- ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios experienciales (ejercicio de las mariposas).
- ✚ Técnica de la distracción (Técnica del semáforo).
- ✚ Dialogo socrático.
- ✚ Reestructuración cognitiva

Procedimientos:

Al inicio de la sesión se aplicó el ejercicio de las mariposas para que el menor empiece dejando pensamientos que influyen en su comportamiento negativo y adopte otros positivos, identificándolos de manera inmediata, cabe señalar que tiene dificultades para concentrarse. Posterior se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

El menor continúa leyendo el libro sangres de campeones, aduce que le ha gustado ya que tiene tiempo para hacerlo, actualmente no participa en programas educativos; siempre resalta poner de su parte para cambiar. Referente a las sesiones anteriores quiere seguir fortaleciendo sus avances en cuanto a su conducta y trabajando sus pensamientos ya que en ocasiones no puede tener control de ellos, afectando su conducta y su estado emocional.

Continuamos trabajando con la técnica del semáforo explicándole las funciones de los tres colores: verde, naranja, rojo, el verde consiste realizar alguna actividad para que se relaje y pueda expresar de otra manera algo que le haya molestado, el naranja, si domina sus pensamientos puede dominar su comportamiento, aquí se usa la técnica de la distracción que consiste en realizar actividades donde su atención se dirija a una función para que sus pensamientos no divaguen; el rojo es cuando Mario II no pueda controlar sus impulsos, ira, se le explicó al menor que cuando no tiene autocontrol puede practicar técnica de auto instrucciones o tiempo fuera, practicadas y explicadas en sesión. Referente a la técnica del semáforo se utilizó los colores en láminas explicándole de manera dinámica cada uno de ellos, indicando que seguirá reforzando y trabajando en sus creencias sobre sí mismo.

Posteriormente, se continúa reforzando a través del dialogo socrático aquellas ideas que surgen en el menor induciéndolo a que conteste las propias preguntas y obtenga las respuestas a través de un registro de pensamientos haciendo una reestructuración cognitiva de sus creencias (el diálogo con uno mismo dirigido y la reestructuración cognitiva ayudan al paciente a identificar los patrones de pensamiento irracionales, erróneos o desadaptativos y a sustituirlos por cogniciones más positivas y adaptativas).

Observación: continuar trabajando en las técnicas, se valoran los avances en la conducta de Mario II.

Tareas: continuar trabajando las técnicas de autocontrol, extraer pequeñas lecciones del libro sangre de campeones, hacer ejercicios cuando se sienta molesto, escuchar música, continuar trabajando con registro de pensamientos a través de la reestructuración cognitiva.

Sesiones: 15- 16-17

Fecha: 1- 8 – 15 de octubre de 2018.

Objetivos:

- ✚ Fortalecer las cualidades positivas del paciente.
- ✚ Explicarle al paciente del cierre de sesión y el seguimiento para fortalecer logros obtenidos.

Técnicas:

- ✚ Reestructuración cognitiva.

Procedimientos:

Durante la última sesión se le explicó al paciente del cierre y culminación del programa psicoterapéutico referente al control de impulsos.

En la sesión 15 y las demás se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva para valorar si el mismo sustituye de manera correcta aquellos pensamientos que surgen afectando la conducta y poder sustituirlos positivamente.

Se valoran los logros significativamente en Mario II, indicando que le gustaría fuera más extenso el programa ya que considera le falta más para trabajar en base a su conducta.

Observación:

Durante las sesiones se pudo observar significativamente los logros que ha obtenido Mario II con respecto a su conducta, sin embargo, es un caso que requiere de mayor atención y tratamiento.

Sesiones: 18- 19- 20

Fecha: 22- 29- de octubre – 12 de noviembre de 2018.

Objetivos:

- ✚ Continuar valorando esfuerzos realizados por el menor.

Durante las últimas tres sesiones, se logró trabajar con Mario II una sesión, ya que por actividades dentro del centro impidió continuar con el seguimiento del mismo; no obstante, el comportamiento de Mario II hasta la sesión 18 fue con un avance relativamente bajo; sin embargo, requiere continuar con tratamiento debido a su historial delictivo.

Caso # 3

Paciente de 18 años que lleva recluso hace 3 años por privación sexual en contra de una menor, participa en el programa psicoterapéutico, ya que tiene un temperamento pasivo-explosivo e indica perder su impulsividad cuando se enoja, se asignó un nombre ficticio para dicho caso (Mario III).

Mario III es el 4 de 8 hermanos, considera que la comunicación con ellos es distante (las edades de sus hermanos corresponden a 22 años, 21 años, 19 años, 15 años, 12 años, 6 años y 5 años). Vivía con su abuela materna ya que con su madre solía tener muchos problemas y sentía no había comprensión, antes de vivir con la abuela recibía maltrato por parte de su madre y la pareja que tenía en ese momento.

Mario III llegó hasta I año del colegio y en el II trimestre decidió retirarse porque se sentía desmotivado, emocionalmente aduce sentirse solo, hace mención que no tuvo una figura de autoridad en la dinámica familiar, creció en un ambiente de maltrato, consumo de alcohol y desorden; aduce que su madre lo incitaba a estar con amigas de ellas mayores que él (tenía aproximadamente 13 años).

Actualmente, se encuentra cursando el V año en el centro de custodia y cumplimiento Aurelio Granados Hijo y menciona tiene deseos de superación.

En la actualidad, Mario III cumple una condena de 6 años, empezó a relacionarse con otros compañeros de su misma edad para realizar acciones delictivas (robar en súper), indicando que solo extraían golosinas del mismo, esta acción la realizaron varias veces, pero ya las personas aledañas sabían que participaba en esas acciones, hasta el momento nunca se ha adentrado a grupos delictivos

(pandillas), el paciente refiere que todas esas actitudes se debían al hecho de sentirse solo y no tenía la atención de su madre, aunado a ello, empezó a consumir sustancias psicoactivas (marihuana), lo realizaba tres veces al día, en la actualidad refiere consume en ocasiones.

A nivel emocional, se siente la mayor parte del tiempo solo y triste, tiene ideas suicidas de manera frecuente, casi todos los días, el año pasado menciona se cortaba los brazos, pero no eran lesiones profundas (su familia le hace falta, quiere estar afuera). Lleva cumplido 3 años de su condena, en el 2019 le harán acuerdo de pena por buen comportamiento.

Sus pensamientos después que sale del centro son *“terminar mis estudios”, “quiero trabajar”, “hacer las cosas bien”, “compartir con mi familia”*.

Por su parte, la psicóloga de la institución refiere que del tiempo que Mario III permanece recluso ha avanzado en cuanto al control de sus impulsos, sin embargo, es una persona que considera pasiva, pero cuando se enoja tiene un comportamiento donde no se controla, actualmente Mario III tiene diferencias con ciertos compañeros es por ello que cuando participa en programas educativos seleccionan los jóvenes para evitar posibles enfrentamientos.

Para complementar la entrevista se le aplicó a Mario III unas escalas y prueba de personalidad que serán de ayuda para medir los rasgos de impulsividad en el menor. Las pruebas aplicadas fueron:

- Escala de impulsividad de Barratt
- Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman.

- Escala de Hamilton para la Depresión (H. D. R. S.)
- Examen Mínimo Del Estado mental (Mini Mental)
- Test de Raven (se considera evaluar la capacidad intelectual del paciente).
- Inventario multifacético de personalidad para adolescentes (MMPI-A).

De acuerdo con los resultados que arrojaron las escalas el sujeto en su totalidad presenta rasgos de impulsividad según la escala de Barratt con puntuación de 75 el cual equivale un porcentaje alto.

En el capítulo V se analizará los resultados obtenidos de acuerdo con las sub escalas.

Impresión Diagnóstica

De acuerdo con los resultados obtenidos de la prueba de personalidad, escalas que miden rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, basados en los criterios del DSM-5 Mario III cumple con los criterios de trastorno de conducta tendiendo sus inicios en la adolescencia (V71.02 (Z72.810) comportamiento antisocial infantil o adolescente.) por ello se ve reflejado el comportamiento repetitivo (312.82 (F91.2) trastorno de conducta (se especifica la falta de remordimiento o culpabilidad, insensible, carente de empatía, despreocupado por su rendimiento, afecto superficial o deficiente, se especifica la gravedad actual.

Cuadro # 5. Plan de intervención clínica caso # 3

| | | |
|--|--|---------------|
| Caso N° 3 | Nombre: Mario III | Edad: 18 años |
| Áreas a trabajar: Pensamientos, conducta impulsiva | Tipo de terapia: T.C.C. Beck- Aceptación y Compromiso. | |
| Intervenciones: 15 sesiones. 5 seguimientos. | | |
| Sesiones: 1-2 | | |
| Fechas: 28-30 de agosto de 2018. | | |
| Estructura de las sesiones: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas. | | |
| Objetivos: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.✚ Hacer Conciensar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.✚ Utilizar técnicas para el inicio de la terapia. | | |
| Técnicas: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Técnica de visualización de un paisaje.✚ El diario de pensamientos y sentimientos.✚ Diagrama el círculo mágico y la trampa negativa.✚ Termómetro del ánimo | | |

Técnica de las 3 columnas

Procedimiento:

En la primera sesión se plantearán objetivos que deben llevarse a cabo para lograr avances en las siguientes sesiones:

Primero: se crea un rapport- confianza con el paciente, para que no se sienta juzgado y pueda sentirse en la libertad de cooperar en la terapia.

Segundo: se le explicó al paciente en que consiste la terapia cognitiva conductual, cuáles son los beneficios y los logros que se obtienen si se lleva a cabo, y si el paciente colabora para que haya resultados.

Tercero: brindar Psicoeducación con respecto al trastorno de conducta, específicamente rasgos de impulsividad que afectan su rendimiento y su personalidad, las consecuencias que trae actuar sin pensar en sus acciones. Posterior a ello, se le explica cuál va hacer el procedimiento de las sesiones, se establecen las reglas para llevarlas a cabo: no llegar tarde, respetar, el tiempo será de 1 hora, las sesiones serán tres veces a la semana, se le explica de que fecha se inicia y cuando finaliza ; además de ello se le explica al paciente la dinámica de cada sesión es decir, en cada sesión se entablarán objetivos que se deben lograr, se deja la opción del paciente que exprese lo que quiere que le trabajen.

Se resalta un punto importante, que los pacientes son adolescentes jóvenes que están reclusos en el centro de custodia y cumplimiento Aurelio G. Hijo y hay menos probabilidades que ejecuten diversas tareas por el entorno donde se encuentran.

Durante las sesiones cada paciente debe realizar una síntesis y realimentación de lo que se hace en las sesiones. Al inicio de cada sesión utilizaremos diversas técnicas de mindfulness como herramienta para que se sientan más relajados, ya que en ocasiones llegan alteraciones en terapia es por ello que se incluye la terapia de aceptación y compromiso.

El paciente decidirá si quiere abordar uno o varios problemas que considere sea relevante e influya a que actúe impulsivamente.

Cuarto: se le incita al paciente que si pone de su parte para llevar a cabo las sesiones es factible que tenga avances significativos después que culmine las terapias, sin embargo, dependerá de la disposición y el deseo de cambio.

Observación:

(se le explicó al paciente que se hará uso de un nombre ficticio para cuidar su identidad y por ética). Se le solicitó a Mario III realizar un análisis a través de la técnica del diario de pensamientos y sentimientos ya que es útil para ir identificando pensamientos automáticos y posteriormente los vincule con las reacciones emocionales.

Mario III indica “como hago eso”, posterior se le facilita una hoja de registro donde va anotar qué pensamientos surgen cuando se siente molesto y la conducta que es emitida, se le solicita haga un autoanálisis de su persona.

Pensamientos y sentimientos

| Día y hora | Situación | | Pensamientos | | Sentimientos | | |
|------------|-------------------|--------------------|---|--|-------------------|-----------|----|
| | ¿Qué? ¿Cuándo? | ¿Dónde? ¿Quién? | ¿Cuáles fueron tus pensamientos candentes? | | ¿Qué sentiste? | o como | te |
| | | | | | | | |

Posteriormente, se le solicita ejecute otra técnica llamada el círculo mágico y la trampa negativa con el fin de que Mario III piense en aquellas creencias nucleares a consecuencia de situaciones difíciles por las cuales estaba o está atravesando donde debe escribirlo o expresarlo a través de un dibujo. En esta técnica el menor lo expresó de manera verbal indicando que muchas situaciones de su vida influyeron por la desmotivación, ya que su madre por el trabajo no los atendía, posterior con su abuela, considera que le permitió muchas cosas y fue allí donde considera que

debido al hecho no habían normas establecidas dentro del hogar, el paciente tomó la decisión de relacionarse con grupos de pares que hacían acciones como robar golosinas en un chino de la localidad, al inicio lo vio como un hobbies pero ya se fue volviendo una conducta repetitiva.

Actualmente, Mario III refiere sentirse la mayor parte del tiempo desmotivado, triste y solo, le hace falta su familia. Desde el año pasado, ha optado por autolesionarse como manera de llamar la atención y que le permitan estar más afuera que dentro de la celda, hace mención que se golpea, o salta con la intención de lesionarse. Se considera es una persona pasiva, deja fluir las cosas, al final *“explota”*. El estar recluido durante un periodo de 3 años lo ha llevado a meditar sobre las consecuencias que tuvo por no medir sus actos.

Mario III hace referencia que en las situaciones donde actúa de forma impulsiva es cuando hay una situación donde le cause estrés o estar mayor del tiempo encerrado es por ello que se autolesiona.

Mario III espera que con la terapia pueda trabajar en base a controlar sus impulsos además indica que, a consecuencia de ello, ha tenido muchos problemas, refiere que va a tratar de poner de su parte: *“quiero cambiar”, “quiero estar con mi familia” “quiero salir de aquí”*.

Se le plantea al menor llenar la técnica de las tres columnas en el cual se va a etiquetar los errores cognitivos que tienen y se sustituyen los pensamientos automáticos negativos por otros más racionales. Se le brinda un cuadro de ejemplo para que comprenda e identifique los pensamientos negativos.

Técnica de las 3 columnas

| Pensamiento automático negativo | Distorsión cognitiva | Respuesta racional |
|---|---|---|
| Me siento solo, nadie me quiere. Estoy así por mi mal comportamiento. | Razonamiento emocional Sobregeneralización | Mi familia está lejos, comprendo que no pueden venir a verme porque no hay dinero, pero vía telefónica siempre mantengo comunicación con mi abuela. |

Posterior a ello, se le resaltan las cualidades positivas para que vaya cambiando la perspectiva que tiene hasta el momento. Se le asignan tareas para la próxima sesión.

Tareas: leer la lista de pensamientos y conductas que se inició en la sesión 1-2 y agregar más cuando surjan, cuando se siente molesto escuchar música de relajación o que más le agrade, hacer manualidades para ocupar su mente, practicar técnicas de respiración explicadas y practicadas en sesiones, cuando tenga pensamientos de autolesionarse, practicar ejercicios para que su mente se concentre en otras funciones, realizar una lista de objetivos a trabajar para la siguiente sesión.

Sesiones: 3-4-5

Fecha: 3- 5- 7 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.
- ✚ Hacer concientizar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.
- ✚ Utilizar técnicas cognitivas para el inicio de la terapia.

Técnicas:

- ✚ La prueba del Sí/ entonces.
- ✚ Técnica de atención plena de la respiración (breve).
- ✚ El diálogo socrático
- ✚ Juego de roles.
- ✚ Termómetro del ánimo.

Procedimientos:

Se le explicó a Mario III como en las sesiones anteriores, iniciar con una terapia de relajación, ya que es esencial para que se sienta relajado y tranquilo durante la terapia.

Se analiza y se revisan las tareas establecidas: según el registro de pensamiento Mario III agrega pensamientos como soy una persona buena, quiero cambiar, quiero portarme bien para poder salir de aquí.

Al inicio de la sesión, se le pregunta al paciente cómo se siente el día de hoy, a través del termómetro del ánimo. Se le solicita haga una escala para medir su estado emocional actualmente.

Mario III refiere que de la escala de 1 a 10 (donde 1 corresponde a estar mal, decaído, molesto, desganado- y 10 corresponde a sentirse bien, contento, con ánimos), indica un 4 que corresponde a que en ese momento de sesión se encontraba algo adolorido ya que aduce se había caído del baño y que consideraba se había lesionado una costilla, pero que no lo habían llevado al médico. Emocionalmente se encontraba con ánimo decaído, pero participó en todas las técnicas.

Al momento de aplicar la técnica de respiración, se mantuvo a la disposición en ocasiones se le hacía difícil concentrarse y se reía, pero nuevamente se le sugería se concentrará.

Se le explicó al paciente que en todas las demás sesiones se va a tender un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Se le explica al paciente que se va a estructurar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas de juego de roles y el diálogo socrático que consiste en que a través de una serie de preguntas que se le realizan de aquellos pensamientos disfuncionales que tiene de sí mismo, se le solicita que se intercambien de roles es decir el terapeuta será el paciente y el paciente será el terapeuta, ante de ello, se le pregunta al paciente de aquellas habilidades que tiene en alguna actividad que le guste realizar, posterior que me enseñe, pero a través del juego se emitirán frases comunes en el menor para que vaya identificando aquellos pensamientos que posee. El objetivo de esas técnicas es que Mario III vaya identificando por sí solo aquellas referencias que hace hacia su propia persona, por ejemplo: *“soy malo”, “no valgo la pena”, “me siento solo”, “cuando estoy molesto quiero hacer cosas para que los custodios lleguen”*.

Posterior a ello, se utiliza una técnica del Sí y entonces donde Mario III debe completar con frases de aquellas situaciones puede realizar y qué ventajas obtendría de ello, se le solicitó lo hiciera con acciones negativas y positivas, lo ideal es que vaya analizando de los resultados de las acciones.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas para Mario III se mostró con la disposición e interés para ejecutar todas las técnicas establecidas en sesión.

Tareas: iniciar leer un libro denominado sangre de campeones, extraer datos relevantes del libro que le hayan llamado la atención, trabajar en base al volcán de las emociones durante la semana de sesión para determinar qué tan impulsivo puede llegar a ser, continuar practicando técnicas de respiración cuando pase alguna situación ya sea con los propios compañeros de celda, hacer una lista de objetivos que quiere que sigan trabajando en base a las sesiones.

Sesiones: 6- 7- 8

Fecha: 10- 12- 14 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y como los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios de respiración diafragmática.
- ✚ Lista de escala para la intensidad.
- ✚ Sopa de letra busca sentimientos

✚ Técnica de la fantasía dirigida.

✚ Técnica del modelado

Procedimientos:

Se inició con la aplicación de los ejercicios de respiración diafragmática para que Mario III se sintiera tranquilo y cómodo en terapia, posteriormente, se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le parecieron importantes? Además, se le indica brevemente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

El menor indica que ha implementado una técnica a través del dibujo, donde se refleja aquellos estados emocionales que se encuentra, se le exhortó a continuar implementando técnicas que sean factibles y convenientes para él. Posteriormente, según la lista de objetivos de la sesión anterior, añade que en muchas ocasiones suele decaerse, no quiere estar solo, se recalca que el menor se encuentra solo en una celda, cada vez que sale alguna actividad y debe regresar se frustra, porque no quiere estar encerrado, a consecuencia de ello se pone a discutir o a fomentar problemas con los compañeros que están en frente de su celda.

Como en las sesiones anteriores, se le explica al paciente que se va a elaborar un plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas como la escala de intensidad donde agregará un puntaje de cómo se siente emocionalmente desde la última semana, indicando así una escala de 1 a 10 donde se siente 4 considerado por el momento triste y hace referencia *“licenciada cómo puede ayudar usted a una persona que está en depresión”*, aunado a ello se le explica al menor que existen herramientas aptas para ayudar a una persona con problemas de depresión, se le hizo la aclaración que él no está en un estado depresivo como ha tratado de hacerle ver, sino que existe sentimientos de frustración por querer salir y no le gusta estar encerrado.

Se le explica al menor que la escala tiene como objetivo que identifique los diferentes tipos de emociones que presenta y con qué intensidad es frecuentada lo mismo además fue reforzada a través de una sopa de letra llamada busca sentimientos donde refleja aquellas emociones que por

lo general el ser humano experimenta, posterior hacer la lista de los sentimientos que experimenta de manera frecuente, mencionando alegría, desánimo, malhumorado, tristeza, impotencia.

Durante la aplicación de la técnica de la fantasía dirigida, se le pide al paciente cerrar los ojos y con la guía del terapeuta imagine alguna escena del pasado que sea desagradable luego se imagine una escena, pero del futuro añadiendo detalles que le agraden y le gustaría que ayude a describir el evento con todos los sentidos, posterior con las escenas expresadas se trabaja con aquellos pensamientos que surgen y provoquen emitir conductas desadaptadas, pasado y futuro. Se añade a la lista de pensamientos de la sesión anterior. A través de la técnica del modelado, se le incita a Mario III imitar comportamiento de otra persona de manera positiva, se le explica al paciente trabajar en las demás sesiones esta técnica ya que se van reforzando comportamientos adaptativos.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas Mario III, se mostró con la disposición y buen estado de ánimo, solía reír mucho como forma de agrado.

Tareas: practicar técnica de imaginación de un paisaje, o un ambiente que le gustaría estar, continuar leyendo el libro de sangres de campeones, cuando se sienta molesto practicar ejercicios físicos para liberar tensiones, escuchar música de relajación, continuar con la técnica del dibujo.

Sesiones: 9- 10- 11

Fecha: 17- 19- 21 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.

- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y como los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.
- ✚ Reforzar logros obtenidos en cuanto al uso de técnicas cognitivas-conductuales.

Técnicas:

- ✚ técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson.
- ✚ Registro diario de pensamientos distorsionados (hoja de autorregistro).
- ✚ Empirismo cooperativo.
- ✚ Flecha descendente.
- ✚ La metáfora del pantano.

Procedimientos:

Al inicio de la sesión, se aplicó técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson para que Mario III se sienta tranquilo y cómodo en terapia, posteriormente, se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realimente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Posterior a ello, Mario III refiere sentir que está poniendo de su parte para controlar sus emociones, además de ello a través del dibujo libre expresa como se siente o se ha sentido durante la semana, técnica establecida por el propio paciente, considerado factible donde se sienta cómodo, por ello se utiliza con Mario III dicha técnica. Con relación a las tareas asignadas hace referencia que le ha gustado el libro sangre de campeones, refleja sentido de pertenencia, superación y amor propio. Emocionalmente, Mario III se siente tranquilo y contento; ha indicado que cuando está solo conversa consigo mismo haciéndose preguntas relacionadas al diálogo socrático.

Posteriormente se inicia con la técnica de autorregistro donde se le explica que consiste en identificar aquellos pensamientos disfuncionales que suele tener y con qué frecuencia, se le brinda un cuadro como ejemplo para que pueda completarlo. Aquí resaltamos un pensamiento presente en la vida de Mario III, y los logros en cuanto a sustituir.

Hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales

| Fecha | Situación | Emociones | Pensamientos automáticos | Distorsiones cognitivas | Respuestas racionales | Resultados |
|-------|---|--|---|---|---|---|
| | Describa brevemente el acontecimiento real que motivó la emoción desagradable | Especifique triste, enfadado/a, ansioso/a, etc | Anote el(los) pensamiento(s) automático*, s) que preceden o acompañan a la(s) emoción | Identifique la(s) distorsión(s) presente(s) en cada pensamiento automático | Anote la(s) respuesta(s) racional(es) al(os) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100 | Vuelva a evaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos, de 0 a 100 |
| | La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable | Evalúe la intensidad de la emoción, de 1 a 100 | Evalúe el grado de creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s). de 0 a 100 | ¿De qué manera estoy personalizando, abstrayendo selectivamente, minimizando, etc.? | Evalúe el grado de creencia en la(s) respuesta(s) racional(es), de 0 a 100 | Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones que le siguen |

| | | | | | | |
|---|----------------|---|---|---|--|---|
| Aproximadamente Como a las 11:00 a.m. | Me siento solo | triste, frustración Considera esa emoción con una intensidad de 60. Se resalta que Mario III no le gusta estar solo en la celda. | A veces pienso que mi familia no me quiere, yo mismo me busqué todo esto. Grado de creencia: 70 | Autolesionarme para que los custodios me saquen de la celda y así puedo salir. | Sí me sigo haciendo daño lo que voy a provocar es perjudicarme y que nadie me crea cuando sea verdad. Grado de creencia: 80 | Me siento triste, me desanimo, frustración pero trato de sustituir esas emociones por tranquilidad, ya que sé pronto saldré. |
|---|----------------|---|---|---|--|---|

Luego que Mario III agregara pensamientos disfuncionales, se continuó trabajando en base a la técnica de empirismo colaborativo, el terapeuta como el paciente trabajan en equipo para explorar aquellos sentimientos, significados, deseos y conductas que presenta Mario III, a través de las tareas se le solicita comprobar si obtiene algún beneficio o no en su vida: ejemplo, Mario III refiere que sus pensamientos en ocasiones es sentirse solo, los sentimientos que explora es tristeza, frustración, su deseo salir pronto para irse con su familia, la conducta que emite es fomentar problemas o autolesionarse; a raíz de esta situación lo que se quiere es que el mismo paciente identifique que sus emociones por estar recluido son aceptables, pero sus pensamientos deben ser en realizar un cambio en su vida como forma para ir saliendo poco a poco, sustituirlos por pensamientos positivos, se le solicita a Mario III que a través del dibujo plasme aquellos pensamientos y las emociones que se reflejan, experimente las sensaciones propias de esas emociones y que conducta emite.

Se continúa trabajando en las siguientes sesiones como complemento con la técnica de la flecha descendente donde Mario III va a cuestionarse con respecto a pensamientos automáticos que haya anotado en la hoja de autorregistro o dibujado, esto implica hacerse una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones causales de sus pensamientos o experiencias: «¿Y qué significaría eso?... Y si fuese así, ¿que implicaría? Y si fuera ése el caso, ¿qué pasaría entonces? Para que Mario III se responda él mismo acerca de sus pensamientos. Así se logra que obtenga respuestas a sus propias interrogantes. Posterior se le facilita la metáfora del pantano como complemento a las preguntas y pueda realizar un análisis de beneficio para él.

Observación:

Al momento de la ejecución de técnicas Mario III muestra disposición, se reflejan cambios significativos referentes a su conducta y pensamientos ya que está aprendiendo a sustituirlos. Emocionalmente se siente bien.

Tareas: continuar leyendo el libro, agregar otros pensamientos a la hoja de registro, si se siente molesto aplicar técnicas de respiración, imaginación implementadas en sesiones, realizar manualidades, escuchar música, realizar ejercicios físicos.

Sesiones: 12-13- 14

Fecha: 24- 26- 28 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios experienciales (ejercicio de las mariposas).
- ✚ Técnica de la distracción (Técnica del semáforo).
- ✚ Diálogo socrático.
- ✚ Reestructuración cognitiva
- ✚ Dibujo libre

Procedimientos:

Al inicio de la sesión, se aplicó el ejercicio de las mariposas para que Mario III continúe trabajando con base a pensamientos que influyen en su comportamiento negativo y adopte otros positivos, identificándolos de manera inmediata. Posteriormente, se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le parecieron importantes? Además, se le indica brevemente como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Mario III indica, emocionalmente se ha sentido las últimas semanas bien, aduce que asistir a terapia lo ha ayudado a liberar todas sus situaciones desfavorables por las que atravesaba antes de ser detenido, ya que no acostumbraba hablar de ello; continúa trabajando a través del dibujo libre expresando sus emociones. Mario III continúa leyendo el libro Sangres de Campeones, actualmente, asiste a clases tres veces a la semana y a cursos en la tarde del INADEH, sigue reforzando sus logros en cuanto a su conducta.

Continuamos trabajando con la técnica del semáforo explicándole las funciones de los tres colores: verde, naranja, rojo, el verde consiste en realizar alguna actividad para que se relaje y pueda expresar de otra manera algo que le haya molestado, el naranja, si domina sus pensamientos puede dominar su comportamiento, aquí se usa la técnica de la distracción que consiste en realizar actividades donde su atención se dirija a una función

para que sus pensamientos no divaguen; el rojo es cuando Mario III no pueda controlar sus impulsos, ira, se le explicó que cuando no tiene autocontrol puede practicar técnica de auto instrucciones o tiempo fuera, practicadas y explicadas en sesión.

Referente a la técnica del semáforo se utilizó los colores en láminas explicándole de manera dinámica cada uno de ellos, indicando que seguirá reforzando y trabajando en sus creencias sobre sí mismo.

Se continúa reforzando a través del diálogo socrático aquellas ideas que surgen induciéndolo a que conteste las propias preguntas y obtenga las respuestas a través de un registro de pensamientos haciendo una reestructuración cognitiva de sus creencias (el diálogo con uno mismo dirigido y la reestructuración cognitiva ayudan al paciente a identificar los patrones de pensamiento irracionales, erróneos o desadaptativos y a sustituirlos por cogniciones más positivas y adaptativas).




Observación: continuar trabajando en las técnicas, se valoran los avances en la conducta de Mario III. Aunado a ello se le felicita ya que obtuvo buenas calificaciones y reconocimiento por parte del personal de la institución lo que aporta ventaja para el estado emocional y comportamiento de Mario III.

Tareas: continuar trabajando las técnicas de autocontrol, extraer pequeñas lecciones del libro sangre de campeones, hacer ejercicios cuando se sienta molesto, escuchar música, continuar trabajando con registro de pensamientos a través de la reestructuración cognitiva y el dibujo libre.

Sesiones: 15- 16-17

Fecha: 1- 8- 15 de octubre de 2018.

Estructura de las sesiones:

-  Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
-  Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
-  Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Fortalecer las cualidades positivas del paciente.
- ✚ Explicarle al paciente del cierre de sesión y el seguimiento para fortalecer logros obtenidos.

Técnicas:

- ✚ Reestructuración cognitiva.

Procedimientos:

En la última sesión se le explicó al paciente del cierre y culminación del programa psicoterapéutico referente al control de impulsos.

En la sesión 15 y las demás se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva para valorar si el mismo sustituye de manera correcta aquellos pensamientos que surgen afectando la conducta y poder sustituirlos positivamente.

Se valoran los logros significativamente en Mario III, indicando que le gustaría fuera más extenso el programa y que se compromete a tratar de trabajar posteriormente su conducta siendo reforzada por el personal dentro del centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

Observación:

Durante las sesiones se pudo observar significativamente los logros que ha obtenido Mario III con respecto a su conducta, se reforzaron sus capacidades y habilidades ya que es una persona que tiene deseos de superación y de cambio.

Sesiones: 18- 19- 20

Fecha: 22-29 de octubre – 12 de noviembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Continuar valorando esfuerzos realizados por el menor.

Durante las últimas 3 sesiones, fue imposible trabajar con Mario III, ya que sus horarios de clases y las actividades donde participa en turnos vespertino no concuerdan con los días del programa de psicoterapia.

Se hace la salvedad que Mario III es un joven que ha tenido un avance en cuanto a su control de impulso además de sentirse emocionalmente útil.

Fuente: Vega, 2018.

Caso # 4

Paciente de 18 años que lleva 1 año de estar recluido por posesión de arma ilegal, participa en el programa psicoterapéutico, ya que tiene un temperamento pasivo-explosivo e indica perder su impulsividad cuando se enoja, se asignó un nombre ficticio para dicho caso (Mario IV).

Son tres hermanos considerando a Mario IV como el mayor, indica que la comunicación con ellos es distante (las edades de sus hermanos corresponden a 14 años, 5 años). En su dinámica familiar, indica haberse criado con su abuela, su abuelo y un tío por la línea materna, ya que su madre trabajaba, su abuela se encargó de su educación.

Considera es una persona tranquila, no tenía problemas con sus pares, no le gustaba estudiar, llegó hasta I año del colegio, volviendo a repetir el mismo año por ello decidió retirarse.

Actualmente, se encuentra cursando el VI grado en el centro de custodia y cumplimiento Aurelio G. Hijo haciendo mención que lo bajaron de nivel, no entregó los documentos que indicaban que había ingresado a un colegio. Asiste a clase los días lunes y jueves a recibir educación, considera que no es todo el tiempo ya que en ocasiones los docentes no asisten.

En la actualidad, Mario IV cumple una condena de 3 años por posesión de arma, el mismo es procedente de la provincia de Bocas Del Toro, a los 13 años de edad empezó a manejar armas indicando que desde pequeño siempre le gustaron pero que nunca hizo uso del arma. Indica además no haber pertenecido a ningún grupo delictivo ni tener problemas con nadie fuera del centro, sin embargo, el estar

recluido le ha ocasionado según él muchos problemas por su carácter. Hasta el momento lleva cumplido 1 año de condena.

Antes de ingresar al centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo, empezó a relacionarse con sus pares, como no le gustaba el estudio en sus momentos de ocio salía y se llevaba su arma, indica que en casa nadie tenía conocimiento que portaba un arma y la mantenía guardada, desde los 12 años empezó consumir sustancias psicoactivas (marihuana) con una frecuencia de 1 vez al mes, si había, sino no consumía.

A nivel emocional, se siente la mayor parte del tiempo solo y triste, no tiene ideas suicidas, considera que es de carácter pasivo- explosivo.

Tiene pensamientos frecuentes acerca de su familia, piensa en las consecuencias de haber portado un arma sin permiso, indica frases como *“quiero salir”*, *“quiero recuperarme”*. Su abuela por línea materna y paterna siempre lo visitan al centro cuando le corresponde visitas, indica que su madre solo ha ido dos veces.

En una entrevista realizada a la psicóloga de la institución refiere del tiempo que Mario IV permanece recluido suele tener muchas diferencias con sus pares, es una persona con carácter fuerte y no puede controlar sus impulsos, percibe a Mario IV tratar de trabajar en base a su problema, actualmente participa en programas educativos sin ninguna dificultad o diferencias con los que están dentro del aula.

Para complementar la entrevista se le aplicó a Mario IV unas escalas y prueba de personalidad que serán de ayuda para medir los rasgos de impulsividad en el menor. Las pruebas aplicadas fueron:

- Escala de impulsividad de Barratt
- Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman.
- Escala de Hamilton para la Depresión (H. D. R. S.)
- Examen Mínimo Del Estado mental (Mini Mental)
- Test de Raven (se considera evaluar la capacidad intelectual del paciente).
- Inventario multifacético de personalidad para adolescentes (MMPI- A)

De acuerdo con los resultados que arrojaron las escalas el sujeto en su totalidad presenta rasgos de impulsividad según la escala de Barratt con puntuación de 62 el cual equivale un porcentaje alto.

En el capítulo V se analizará los resultados obtenidos de acuerdo con las sub escalas.

Impresión diagnóstica

De acuerdo con los resultados obtenidos de la prueba de personalidad, escalas que miden rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, basadas en los criterios del DSM-5, Mario IV cumple con los criterios de trastorno de conducta tendiendo sus inicios en la adolescencia (V71.02 (Z72.810) comportamiento antisocial infantil o adolescente.) por ello se ve reflejado el comportamiento repetitivo (312.82 (F91.2) trastorno de conducta (se especifica la falta de remordimiento o culpabilidad, insensible, carente de empatía, despreocupado por su rendimiento, afecto superficial o deficiente, se especifica la gravedad actual).

Cuadro # 6. Plan de intervención clínica caso # 4

| | | |
|---|--|---------------|
| Caso N° 4 | Nombre: Mario IV | Edad: 18 años |
| Áreas a trabajar: Pensamientos, conducta impulsiva | Tipo de terapia: T.C.C. Beck- Aceptación y Compromiso. | |
| Intervenciones: 15 sesiones. 5 seguimientos. | | |
| Sesiones: 1-2 | | |
| Fechas: 28-30 de agosto de 2018. | | |
| Estructura de las sesiones: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas. | | |
| Objetivos: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Promover en el paciente la comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.✚ Concienciar los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.✚ Utilizar técnicas para el inicio de la terapia. | | |
| Técnicas: | | |
| <ul style="list-style-type: none">✚ Técnica de visualización de un paisaje. | | |

- ✚ El diario de pensamientos y sentimientos.
- ✚ Diagrama el círculo mágico y la trampa negativa.
- ✚ Termómetro del ánimo
- ✚ Técnica de las 3 columnas.

Procedimiento:

En la primera sesión, se plantearán objetivos que deben llevarse a cabo para lograr avances en las siguientes sesiones:

Primero: crear rapport con el paciente, para que no se sienta juzgado y pueda sentirse en la libertad de cooperar en la terapia.

Segundo: se le explicó al paciente en que consiste la terapia cognitiva conductual, los beneficios y los logros que se obtienen si se lleva a cabo, si el paciente colabora para que haya resultados.

Tercero: brindar psicoeducación con respecto a el trastorno de conducta, específicamente rasgos de impulsividad que afectan su rendimiento y su personalidad, las consecuencias que trae actuar sin pensar en sus acciones. Posteriormente, se le explica el procedimiento de las sesiones, se establecen las reglas para llevarlas a cabo: no llegar tarde, respetar, el tiempo será de 1 hora, las sesiones serán tres veces a la semana, fecha de inicio y finalización; además se le explica al paciente la dinámica de cada sesión, es decir, en cada sesión se entablarán objetivos que se deben lograr, se deja la opción del paciente que exprese lo que quiere que trabajen.

Se resalta un punto importante, que los pacientes son adolescentes jóvenes que están reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo y hay menos probabilidades que ejecuten diversas tareas por el entorno donde se encuentran.

Durante las sesiones, cada paciente debe realizar una síntesis y realimentación de lo que se hace en las sesiones. Al inicio de cada sesión se utilizará diversas técnicas de mindfulness como herramienta para que se sientan más relajados por si llegan con alteraciones en terapia es por ello que se incluye la terapia de aceptación y compromiso.

El paciente decidirá si quiere abordar uno o varios problemas que considere sean relevante e influya a que actúe impulsivamente.

Cuarto: se le incita al paciente a poner de su parte para llevar a cabo las sesiones es factible que tenga avances significativos después que culmine las terapias, sin embargo, dependerá de la disposición y el deseo de cambio.

Observación:

(se le explicó al paciente que se hará uso de un nombre ficticio para cuidar su identidad y por ética). Se le solicitó a Mario IV realizar un análisis a través de la técnica del diario de pensamientos y sentimientos ya que es útil para ir identificando pensamientos automáticos y posteriormente, los vincule con las reacciones emocionales.

Mario IV colabora con la técnica, se le facilita una hoja de registro donde va anotar que pensamientos surgen cuando se siente molesto y la conducta que es emitida, se le solicita haga un autoanálisis de su persona.

Pensamientos y sentimientos

| Día y hora | Situación | | Pensamientos | | Sentimientos | | |
|------------|-------------------|--------------------|---|-----|-------------------|-----------|----|
| | ¿Qué? ¿Cuándo? | ¿Dónde? ¿Quien? | ¿Cuáles fueron tus pensamientos candentes? | tus | ¿Qué sentiste? | o como | te |
| | | | | | | | |

Se le solicita ejecute otra técnica llamada el círculo mágico y la trampa negativa con el fin de que Mario IV piense en aquellas creencias nucleares a consecuencia de situaciones difíciles por las cuales estaba o está atravesando donde debe escribirlo o expresarlo a través de un dibujo.

En esta técnica el menor lo expresó de manera escrita e indica que muchas situaciones de su vida influyeron por la desobediencia, no hacer caso cuando su abuela que en ese momento era la encargada de su educación le daba sugerencias de lo que debía hacer, y que debía cumplir con las reglas establecidas en el hogar, hace referencia: “desde los 13 años empecé a manejar armas porque me gustan”, *“a mi abuela solo le decían comentarios, ella me regañaba”* *“estaba en la etapa de rebeldía y no medí las consecuencias de mis actos”*. Se resaltan ciertos pensamientos adaptativos que refiere el menor a través de la técnica para que pueda ir trabajando en ello, e ir enmendando y estableciéndose metas a corto, mediano y largo plazo durante y después que salga del centro de custodia y cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

Mario IV expresa que nunca ha estado relacionado a grupos de pandillas, ciertas amistades donde se reunían tarde de la noche a conversar, pero no realizó acción como tal en perjuicio hacia otras personas, indica que su error fue haber portado un arma sin el debido permiso. Se le preguntó a Mario IV en qué momento suele actuar de manera impulsiva, el mismo comenta cuando tratan de perjudicarlo en cualquier situación o bien que se metan con él, no le gusta que le griten.

Se le pregunta a Mario IV sobre los logros que espera con la terapia y refiere trabajar en base a controlar un poco sus impulsos ya que, a consecuencia de ello, ha tenido muchos problemas; menciona que ha optado por comentar las diferencias que tiene con sus compañeros a los encargados del centro para evitar otros conflictos, dice que está pensando mejor las cosas antes de actuar porque al final el perjudicado será él.

Se le plantea al menor llenar la técnica de las tres columnas en el cual se va a etiquetar los errores cognitivos que tienen y se sustituyen los pensamientos automáticos negativos por otros más racionales. Se le brinda un cuadro de ejemplo para que comprenda e identifique los pensamientos negativos.

Técnica de las 3 columnas

| Pensamiento automático negativo | Distorsión cognitiva | Respuesta racional |
|---------------------------------|----------------------|--|
| Siento que nunca me escuchan. | Sobregeneralización | Tengo que comprender que no todo el tiempo las personas me van a prestar atención, ellos tienen que hacer otras cosas. |

Es importante resaltar las cualidades positivas de Mario IV para que vaya cambiando la perspectiva que tiene hasta el momento. Se le asignan tareas para la próxima sesión.

Tareas: leer la lista de pensamientos y conductas que se inició en la sesión 1-2 y agregar más cuando surjan, cuando se siente molesto escuchar música de relajación o que más le agrade, hacer manualidades para ocupar su mente, practicar técnicas de respiración explicadas y practicadas en sesiones, continuar trabajando con la técnica que está utilizando en evitar problemas con sus compañeros, se refuerzan logros.

Sesiones: 3-4-5

Fecha: 3- 5- 7 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos.
- ✚ Concienciar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva.
- ✚ Utilizar técnicas cognitivas para el inicio de la terapia.

Técnicas:

- ✚ La prueba del Sí/ entonces.
- ✚ Técnica de respiración
- ✚ El diálogo socrático
- ✚ Juego de roles.
- ✚ Termómetro del ánimo.

Procedimientos:

Se le explicó a Mario IV como en las sesiones anteriores, iniciar con una terapia de relajación, ya que es esencial para que se sienta tranquilo durante la terapia.

Se inicia el análisis y revisión de las tareas establecidas: según el registro de pensamiento Mario IV agrega pensamientos como soy una persona buena, quiero cambiar, quiero portarme bien para poder salir de aquí.

Al inicio de la sesión se le pregunta al paciente cómo se siente el día de hoy, a través del termómetro del ánimo. Se le solicita haga una escala para medir su estado emocional actualmente.

Mario IV refiere que la escala de 1 a 10 (donde 1 corresponde a estar mal, decaído, molesto, desganado- y 10 corresponde a sentirse bien, contento, con ánimos), indica un 5 que corresponde a que en ese momento de sesión se encontraba algo preocupado ya que había tenido diferencias con unos compañeros de celda y estaba solicitando que lo cambiaran, Mario IV dice que está poniendo de su parte para cambiar, a veces le es muy difícil controlarse.

Al momento de aplicar la técnica de respiración, Mario IV se sintió más tranquilo y se le incita a que luego de cada sesión puede seguir practicando las técnicas en su celda.

Se le explicó al paciente que en todas las demás sesiones se va a tender un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Se le explica al paciente que se va armar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas de juego de roles y el diálogo socrático que consiste en que a través de una serie de preguntas que se le realizan de aquellos pensamientos disfuncionales que tiene de sí mismo, se le solicita que se intercambien de roles es decir el terapeuta será el paciente y el paciente será el terapeuta, ante de ello, se le pregunta al paciente de aquellas habilidades que tiene en alguna actividad que le guste realizar, posterior que me enseñe (terapeuta), pero a través del juego se emitirán frases comunes que Mario IV emite para que vaya identificando aquellos pensamientos que posee. El objetivo de esas técnicas es que Mario IV vaya identificando por sí solo aquellas referencias que hace hacia su propia persona, por ejemplo: *“soy desobediente”, “soy problemático”, “me siento inútil”, “me siento culpable”*.

Se utiliza una técnica del sí y entonces donde Mario IV debe completar con frases de aquellas situaciones puede realizar y que ventajas obtendría de ello, se le solicitó lo hiciera con acciones negativas y positivas, lo ideal es que vaya analizando de los resultados de las acciones.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas Mario IV lo realizó de manera efectiva indicando le ha gustado hacerse él mismo un análisis de sus acciones, se le refuerzan sus cualidades positivas y como permite que los pensamientos negativos influyan en el mismo.

Tareas: leer un libro denominado sangre de campeones, extraer datos relevantes del libro que le hayan llamado la atención, trabajar en base al volcán de las emociones durante la semana de sesión para determinar qué tan impulsivo puede llegar a ser, continuar practicando técnicas de respiración cuando pase alguna situación ya sea con los propios compañeros de celda, hacer una lista de objetivos que quiere que sigan trabajando en base a las sesiones.

Sesiones: 6- 7- 8

Fecha: 10- 12- 14 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.

- ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y cómo los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios de relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática (tratan de ayudar al paciente a que se relaje a lo largo de una serie de situaciones provocadoras de ansiedad).
- ✚ Lista de escala para la intensidad.
- ✚ Sopa de letra busca sentimientos
- ✚ Técnica de la fantasía dirigida.
- ✚ Detección de pensamientos
- ✚ Técnica del modelado

Procedimientos:

Se inició con la aplicación de los ejercicios de respiración diafragmática para que Mario IV se sintiera tranquilo posteriormente, se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Mario IV hace mención que sigue implementando la técnica de evitar problemas para no entrar en conflicto con los demás compañeros, indica no haber agregado nada a su lista de objetivos porque aduce quiere que se trabaje su control de impulso.

Como en las sesiones anteriores se le explica al paciente que se va armar el plan de la sesión, donde se van a trabajar técnicas como la escala de intensidad donde agregara un puntaje de cómo se siente emocionalmente desde la última semana, indicando así una escala de 1 a 10 donde se siente 8 considerado por el momento tranquilo, bien hace referencia *“sé que me he equivocado, quiero cambiar y superarme” “en ocasiones*

tengo pensamientos de salir y vengarme con las amistades que tenía afuera ya que me intentaron matar". Se le explica Mario IV que la escala tiene como objetivo identificar los diferentes tipos de emociones que presenta y la intensidad que es frecuentada, además fue reforzada a través de una sopa de letra de busca sentimientos donde refleja aquellas emociones que por lo general el ser humano experimenta, se hace la lista de los sentimientos que experimenta de manera frecuente, mencionando alegría, malhumorado, disconformidad, tranquilidad.

Durante la aplicación de la técnica de la fantasía dirigida se le pide al paciente cerrar los ojos y con la guía del terapeuta imagine alguna escena del pasado que sea desagradable luego se imagine una escena, pero del futuro añadiendo detalles que le agraden y le gustaría que ayude a describir el evento con todos los sentidos, posterior con las escenas expresadas se trabaja con aquellos pensamientos que surgen y provoquen emitir conductas desadaptadas, pasado y futuro. Se añade a la lista de pensamientos de la sesión anterior. A través de la técnica del modelado se le incita a Mario IV imitar comportamiento de otra persona de manera positiva, se le explica al paciente trabajar en las demás sesiones esta técnica ya que se van reforzando comportamientos adaptativos. Se emplea la detención del pensamiento para controlar los pensamientos invasivos u obsesivos que favorecen la ansiedad y sus emociones donde afecte su comportamiento.

Observación:

Al momento de la ejecución de las técnicas, Mario IV se mostró con la disposición y buen estado de ánimo, se resalta es un joven con carácter y sigue indicaciones, muestra interés.

Tareas: practicar técnica de imaginación de un paisaje, o un ambiente que le gustaría estar, continuar leyendo el libro de sangres de campeones, cuando se sienta molesto practicar ejercicios físicos para liberar tensiones, escuchar música de relajación, continuar trabajando en base a su técnica implementada.

Sesiones: 9- 10- 11

Fecha: 17- 19- 21 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva.
- ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y como los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas.
- ✚ Reforzar logros obtenidos en cuanto al uso de técnicas cognitivas-conductuales.

Técnicas:

- ✚ técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson.
- ✚ Registro diario de pensamientos distorsionados (hoja de autorregistro).
- ✚ Empirismo cooperativo.
- ✚ Flecha descendente.
- ✚ La metáfora del pantano.

Procedimientos:

Se aplicó técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson para que Mario IV se sienta tranquilo y cómodo en terapia, posteriormente, se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realmente se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le parecieron importantes? Además, se le indica brevemente como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Mario IV hace referencia que está poniendo de su parte aplicando técnicas que se realizan en las sesiones, indica que a raíz de su conducta tiene muchos conflictos; sin embargo, se siente tranquilo porque siente que ha tratado de cambiar poco a poco.

Con relación a las tareas asignadas hace referencia que le ha gustado el libro *sangre de campeones*, refleja sentido de pertenencia, superación y amor propio. Mario IV resalta aquellos conceptos claves hablados en sesión como *“seguir adelante” “cambiar” “sustituir pensamientos negativos por positivos”* indicando ha sido de gran ayuda para que trabaje cuando está en su celda, de igual manera con las técnicas de meditación.

Posteriormente, se inicia con la técnica de autorregistro donde se le explica que consiste en identificar aquellos pensamientos disfuncionales que suele tener y con qué frecuencia, se le brinda un cuadro como ejemplo para que pueda completarlo. Aquí resaltamos un pensamiento presente en la vida de Mario IV, y los logros en cuanto a sustituir.

Hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales

| Fecha | Situación | Emociones | Pensamientos automáticos | Distorsiones cognitivas | Respuestas racionales | Resultados |
|--|---|--|--|---|---|---|
| | Describa brevemente el acontecimiento real que motivó la emoción desagradable | Especifique triste, enfadado/a, ansioso/a, etc | Anote el(los) pensamiento(s) automático*, s) que preceden o acompañan a la(s) emoción | Identifique la(s) distorsión(s) presente(s) en cada pensamiento automático | Anote la(s) respuesta(s) racional(es) al(os) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100 | Vuelva a evaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos, de 0 a 100 |
| | La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable | Evalúe la intensidad de la emoción, de 1 a 100 | Evalúe el grado de creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s). de 0 a 100 | ¿De qué manera estoy personalizando, abstrayendo selectivamente, minimizando, etc.? | Evalúe el grado de creencia en la(s) respuesta(s) racional(es), de 0 a 100 | Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones que le siguen |
| No tiene hora especifica pero aduce en la noche. | Vengarme | Enfado, frustración, impotencia. Considera esa emoción con una intensidad de 70. | A veces quisiera salir y hacerle daño aquellas personas que me intentaron matar. Grado de creencia: 70 | Portarme mal | Sí me porto mal no me van ayudar para que me hagan rebaja de condena, cuando salgo, no quiero volver a mi | Me siento preocupado, a veces me desanimo, me frustro, pero trato de sustituir esas emociones por |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | provincia, quiero empezar de 0. Grado de creencia: 80 | pensamientos positivos. Estas emociones son evaluadas con 85. |
|--|--|--|--|--|--|---|

Luego que Mario IV agregara pensamientos disfuncionales, se continuó trabajando en base a la técnica de empirismo colaborativo donde el terapeuta como el paciente trabajan en equipo para explorar aquellos sentimientos, significados, deseos y conductas que presenta Mario IV, a través de las tareas se le solicita comprobar si obtiene algún beneficio o no en su vida: ejemplo, Mario IV refiere que sus pensamientos en ocasiones es salir y vengarse de las personas que quieren hacerle daño, los sentimientos que explora es impotencia, frustración, su deseo salir y la conducta que emite fomentar problemas; el objetivo de la técnica es que el mismo paciente identifique que sus emociones son aceptables, pero sus pensamientos deben ser en realizar un cambio en su vida como forma para ir saliendo poco a poco, sustituirlos por pensamientos positivos, se le solicita a Mario IV que realice una lista de pensamientos donde explore sus emociones y las conductas que emita, luego cuestionar que logro obtiene de ello.

Se continúa trabajando en las siguientes sesiones como complemento con la técnica de la flecha descendente donde Mario IV va a cuestionarse con respecto a pensamientos automáticos que haya anotado en la hoja de autorregistro esto implica hacer una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones causales de sus pensamientos o experiencias: «¿Y qué significaría eso?... Y si fuese así, ¿que implicaría? Y si fuera ése el caso, ¿qué pasaría entonces? Para que Mario IV se responda él mismo acerca de sus pensamientos. Así se logra que obtenga respuestas a sus propias interrogantes. Posteriormente, se le facilita la metáfora del pantano como complemento a las preguntas y pueda realizar un análisis de beneficio para él.

Observación:

Al momento de la ejecución de técnicas Mario IV muestra disposición, se reflejan cambios significativos referentes a su conducta y pensamientos, ya que está aprendiendo a sustituirlos.

Tareas: continuar leyendo el libro, agregar otros pensamientos a la hoja de registro, si se siente molesto aplicar técnicas de respiración, imaginación implementadas en sesiones, realizar manualidades, escuchar música, realizar ejercicios físicos.

Sesiones: 12-13- 14

Fecha: 24- 26- 28 de septiembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso.
- ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa.
- ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas.

Técnicas:

- ✚ Ejercicios experienciales (ejercicio de las mariposas).

- ✚ Técnica de la distracción (Técnica del semáforo).
- ✚ Diálogo socrático.
- ✚ Reestructuración cognitiva
- ✚ Dibujo libre

Procedimientos:

Al inicio de la sesión se aplicó el ejercicio de las mariposas para que Mario IV continúe trabajando con base a pensamientos que influyen en su comportamiento negativo y adopte otros positivos, identificándolos de manera inmediata. Luego se tiende un puente entre la sesión anterior y la actual con el objetivo de hacer que realimente y se pregunte qué sacó de provecho de esa sesión, ¿qué cosas le pareció son importantes? Además, se le indica comente de manera breve como le fue con la realización de las tareas que se le asignó.

Mario IV indica, que emocionalmente se ha sentido las últimas semanas tranquilo, en todas las sesiones se percibe es una persona respetuosa, con carácter, a través de la terapia indica que ha podido controlar más sus impulsos; con respecto a las tareas indica que opta por escuchar música y evitar los problemas cuando se presentan, actualmente, no asiste a clases, solo participa en programas que se realizan dentro del centro.

Continuamos trabajando con la técnica del semáforo explicándole las funciones de los tres colores: verde, naranja, rojo, el verde, consiste realizar alguna actividad para que se relaje y pueda expresar de otra manera algo que le haya molestado, el naranja, si domina sus pensamientos puede dominar su comportamiento, aquí se usa la técnica de la distracción que consiste en realizar actividades donde su atención se dirija a una función para que sus pensamientos no divaguen; el rojo es cuando Mario IV no pueda controlar sus impulsos, ira, se le explicó que cuando no tiene autocontrol puede practicar técnica de auto instrucciones o tiempo fuera, practicadas y explicadas en sesión. Referente a la técnica del semáforo se utilizó los colores en láminas explicándole de manera dinámica cada uno de ellos, indicando que seguirá reforzando y trabajando en sus creencias sobre sí mismo.

Posteriormente, se continúa reforzando a través del diálogo socrático aquellas ideas que surgen induciéndolo a que conteste las propias preguntas y obtenga las respuestas a través de un registro de pensamientos, haciendo una reestructuración cognitiva de sus creencias (el diálogo con uno mismo dirigido y la reestructuración cognitiva ayudan al paciente a identificar los patrones de pensamiento irracionales, erróneos o desadaptativos y a sustituirlos por cogniciones más positivas y adaptativas).

Observación: continuar trabajando en las técnicas, se valoran los avances en la conducta de Mario IV. Se le felicitó a Mario IV por continuar manteniendo un adecuado comportamiento siendo percibido por los propios encargados.

Tareas: continuar trabajando las técnicas de autocontrol, extraer pequeñas lecciones del libro sangre de campeones, hacer ejercicios cuando se sienta molesto, escuchar música, continuar trabajando con registro de pensamientos a través de la reestructuración cognitiva.

Sesiones: 15- 16-17

Fecha: 1- 8 – 15 de octubre de 2018.

Estructura de las sesiones:

- ✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.
- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Fortalecer las cualidades positivas del paciente.

✚ Explicarle al paciente del cierre de sesión y el seguimiento para fortalecer logros obtenidos.

Técnicas:

✚ Reestructuración cognitiva.

Procedimientos:

En la última sesión se le explicó al paciente del cierre y culminación del programa psicoterapéutico referente al control de impulsos.

En la sesión 15 y las demás se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva para valorar si el mismo, sustituye de manera correcta aquellos pensamientos que surgen afectando la conducta.

Se valoran los logros significativamente en Mario IV, indicando que le gustaría fuera más extenso el programa y que se compromete a tratar de trabajar posteriormente su conducta siendo reforzada por el personal dentro del centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo.

Observación:

Durante las sesiones se pudo observar significativamente los logros que ha obtenido Mario IV con respecto a su conducta, se reforzaron sus capacidades y habilidades.

Sesiones: 18- 19- 20

Fecha: 22-29 de octubre – 12 de noviembre de 2018.

Estructura de las sesiones:

✚ Revisar las tareas establecidas y realizar un análisis de los problemas que surjan a medida de la terapia.

- ✚ Realizar una lista de situaciones que el paciente quiera trabajar y las técnicas que se van a implementar para buscar solución adaptativa en el paciente.
- ✚ Al final de cada sesión, se hace una realimentación para comprobar la comprensión del paciente y establecer nuevas tareas.

Objetivos:

- ✚ Continuar valorando esfuerzos realizados por el menor.

Durante las últimas tres sesiones, fue imposible trabajar con Mario IV por situaciones dadas dentro del centro que impidieron continuar trabajando con el paciente.

Fuente: Vega, 2018

CAPÍTULO V

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La terapia cognitiva conductual fue utilizada como herramienta para trabajar rasgos de impulsividad en individuos con trastorno de conducta, por ello se utilizaron dos escalas que ayudarán a determinar el predominio en cuanto a la conducta que posee esta población. Cabe recalcar que la población que cumple con los criterios de inclusión fueron jóvenes que han cometido como tal, una acción delictiva con consecuencias desfavorables, no obstante, de la totalidad de la muestra fueron elegidos 4 casos donde había mayor predominio del rasgo.

A través de la escala de impulsividad de Barratt, se busca conocer desde el punto clínico las sub escalas que son predominantes y a su vez ser comparadas con la escala de búsqueda de sensaciones para valorar si estos individuos con rasgos de impulsividad emiten dichas conductas como búsqueda de placer, entre más elevado los puntajes de acuerdo a los resultados acerca de la escala de impulsividad de Barratt mayor serán las consecuencias y el aumento en cuanto a las acciones delictivas. Marín, (2015) afirma: “el rasgo impulsividad puede ser un factor de riesgo de conductas antisociales cuando tiene un valor elevado en los individuos”.

Por su parte, la escala de búsqueda de sensaciones está diseñada para comprender la necesidad de sensaciones y experiencias nuevas, y el deseo de arriesgarse para obtener una satisfacción o beneficio.

Los análisis de los resultados serán plasmados a través de sub escalas de acuerdo al número de respuesta y porcentaje de cada pregunta. Se valorará la escala que tenga mayor predominio en la población.

Aunado a ello se va a realizar un análisis de acuerdo a los objetivos específicos si esta población cumple con los rasgos característicos; seguido se plasmará los resultados obtenidos de acuerdo con las pruebas aplicadas en la entrevista clínica de cada caso (escala de depresión, mini mental, MMPI-A).

Cuadro # 7. Resultados de las pruebas aplicadas a los 4 adolescentes que participaron en el programa psicoterapéutico.

| Casos | Escala de depresión | Mini mental | Test de matrices progresivas de Raven | MMPI-A |
|-------|---|--|--|--|
| I | Según la escala de depresión de Hamilton, el menor no presenta conducta depresiva que pueda influenciar su estado emocional y posteriormente se vea reflejado en la conducta. | En el examen mental, el examinado está orientado en tiempo-espacio, presenta memoria inmediata con buena ejecución en cálculo, léxico inadecuado, obedece a asignación establecidas. | De acuerdo a los resultados del test de matrices progresivas de Raven, Mario I presenta capacidad intelectual (C.I.) <u>Término Medio.</u> | Los resultados del Inventario multifacético de personalidad para adolescentes (MMPI-A) arrojaron: Con relación a la interpretación de las escalas clínicas la elevación marcada de la escala 8 (Es) hace referencia de aquellas conductas propias de individuos con trastornos del afecto y la conducta, presentando dificultades en cuanto a la concentración y el manejo de la impulsividad, por su parte el obtener alto puntaje en la escala 4 (Dp) indica que por tener dificultades en el manejo de la conducta lleva a posibles |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>enfrentamientos familiares así como con la autoridad, nuevamente se resalta la dificultad en controlar sus impulsos y suele estar acompañada de agresividad existiendo la probabilidad de la emisión de conductas delictivas.</p> <p>Por su parte se reflejan rasgos característicos de baja autoestima, que lo lleva a que haya un retraimiento social (escala 0- 1s), presenta sentimientos de inferioridad, la ausencia de figurantes parentales importantes en su vida puede influir a que tenga desmotivación y desesperanza (escala 2- D) (escala 7-Pt), dificultades en entablar relaciones interpersonales hace que refleje preocupaciones somáticas además de buscar aceptación y aprobación social y</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>el no obtenerlas lo lleva a que su conducta se vuelva irritante y hostil (escala 9- Ma) (escala 3- Hi).</p> <p>Referentes a la escala de contenido y suplementarias, refleja por su parte la escala más elevada siendo el enojo en los adolescentes (ENJ-A), indicando que presenta dificultades en el manejo del temperamento, son irritables y son sujetos que muestran antecedentes de haber cometido asaltos y otras conductas de acting-out, presentan incapacidad de controlar la ira.</p> <p>Referentes al área emocional presentan carencias afectivas y ausencia de emociones hacia otras personas, en el ámbito de la escuela se refleja problemas escolares con deserción en las</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|----|--|---|--|--|
| | | | | <p>calificaciones, tienen incapacidad de iniciar proyectos. En las escalas suplementarias, tienen dificultades en reconocer si tienen algún problema con el alcohol o drogas. En cuanto a su personalidad es un individuo que carece de estrategias psicológicas para trabajar sus problemas emocionales.</p> |
| II | <p>Según la escala de depresión de Hamilton, el menor no presenta conducta depresiva que pueda influenciar su estado emocional y posteriormente se vea reflejado en la conducta.</p> | <p>En el examen mental, el examinado está orientado en tiempo-espacio, presenta memoria inmediata con buena ejecución en cálculo, léxico inadecuado, obedece a asignación establecidas.</p> | <p>De acuerdo con los resultados del test de matrices progresivas de Raven, Mario II presenta capacidad intelectual (C.I.) <u>Término Medio</u>.</p> | <p>Los resultados del inventario multifacético de personalidad para adolescentes arrojaron (MMPI-A):</p> <p>Las escalas de validez evalúan el grado de sinceridad de las respuestas dadas al responder el inventario, para determinar la confiabilidad de los resultados.</p> <p>Los resultados obtenidos de las escalas de validez: en cuanto a la inconsistencia de las respuestas obtuvo una</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>puntuación baja considerando que cuanto menor la inconsistencia entonces más confiable son las respuestas dadas VRIN (inconsistencia en respuestas variables) 7 puntos, TRIN (inconsistencia en respuestas verdaderas): 12 puntos.</p> <p>Referente a la escala de infrecuencia de las respuestas F 2, obtuvo una puntuación alta seguido de la escala F, detectando la tendencia de dar una mala imagen al brindar una respuesta, tienen características propias de personas con posibles perturbaciones severas.</p> <p>Con relación a la interpretación de las escalas clínicas la elevación marcada de la escala 8 (Es) mide la presencia de pensamiento bizarros que tiene</p> |
|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>el paciente, así como percepciones peculiares, aunado a ello el permanecer recluido hace que se aíse de su entorno social evitando mantener relaciones interpersonales, se refleja baja autoestima, esta a su vez provoca alteraciones en su estado de ánimo afectando su nivel de concentración y por ello se verá reflejado en su conducta y el control de los impulsos escala 0 (Is).</p> <p>En la escala 4 (Dp) se reflejan problemas en relación con el abuso de alcohol, robo, promiscuidad sexual, problemas legales, estas conductas se deben a rasgos de hiperactividad que refleja el sujeto para emitir acciones delictivas reflejando estados de ánimos elevados (9 Ma).</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>La amplia variedad de sintomatología hace que el sujeto quiere emitir una conducta y el no poder ejecutarlo le provoca ansiedad, nerviosismo y tensión, (7 Pt) es por ello que surgen como medio de manipulación la necesidad de aceptación y aprobación (3 Hi) y el no poder lograr el objetivo va a reflejar un grado de insatisfacción propia de la vida con conductas agresivas (4 D) (6 Pa).</p> <p>En las escalas de contenido y suplementarias la más elevada de contenido es la de enojo del adolescente (ENJ-A) lo que indica problemas importantes en el control del enojo, con comportamientos irritables, negativos con tal de conseguir algún beneficio, son sujetos con temperamentos elevados, se reflejan conductas delictivas con</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| | | | | <p>satisfacción entre sus pares, no sientes remordimiento o sentimiento de culpa en actuar sin medir las consecuencias, existe ausencia emocional hacia las demás personas. Referente a la escala suplementaria la estructura de personalidad es frágil y tiene pocos recursos para trabajar sus problemas a nivel psicológico.</p> |
| III | <p>Según la escala de depresión de Hamilton, el menor presenta conducta depresiva moderada, el mismo influye su estado emocional y posteriormente se vea reflejado en la conducta, se considera puede ser manejable por su propia persona.</p> | <p>En el examen mental, el examinado está orientado en tiempo-espacio, presenta memoria inmediata con buena ejecución en cálculo, léxico adecuado, obedece a asignación establecidas.</p> | <p>De acuerdo con los resultados del test de matrices progresivas de Raven, Mario III presenta capacidad intelectual (C.I.) <u>Término Medio.</u></p> | <p>Los resultados del Inventario multifacético de personalidad para adolescentes arrojaron MMPI-A:</p> <p>Las escalas de validez evalúan el grado de sinceridad de las respuestas dadas al responder el inventario, para determinar la confiabilidad de los resultados.</p> <p>Los resultados obtenidos de las escalas de validez: en cuanto a la inconsistencia de las respuestas</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>obtuvo una puntuación baja considerando que menor la inconsistencia más confiable son las respuestas dadas VRIN (inconsistencia en respuestas variables- 4) TRIN (inconsistencia en respuestas verdaderas-8).</p> <p>Referente a la escala de infrecuencia de las respuestas F 1, obtuvo una puntuación alta detectando la tendencia de dar una mala imagen al brindar una respuesta, tienen características propias de personas con posibles perturbaciones severas.</p> <p>Con relación a la interpretación de las escalas clínicas la elevación marcada de la escala 8 (Es), mide la presencia de pensamiento bizarros que tiene el paciente, así como percepciones peculiares, aunado</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>a ello el permanecer recluso hace que se aísle de su entorno social evitando mantener relaciones interpersonales, se refleja baja autoestima, esta a su vez provoca alteraciones en su estado de ánimo afectando su nivel de concentración y por ello se verá reflejado en su conducta y el control de los impulsos escala 0 (Is).</p> <p>En la escala 4 (Dp), se reflejan problemas en relación con el abuso de alcohol, robo, promiscuidad sexual, problemas legales, provocando un grado de ansiedad y nerviosismo al verse involucrado en posibles problemas donde no salga favorecido, (7-Pt).</p> <p>Se reflejan posibles preocupaciones somáticas y negación de los problemas y la</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>necesidad de aceptación y aprobación, el no obtenerlo va desarrollando sentimientos de desesperanza y apatía (2-D) (3-HI).</p> <p>En las escalas de contenido y suplementarias, la más elevada de contenido es la de enajenación manifestando una considerable distancia emocional con otras personas, tienen dificultades en entablar relaciones interpersonales, escaso contacto con la realidad, aislamiento social, los problemas familiares influyen a que sientan sentimiento de desamparo, indican desacuerdos con y entre los padres, reportan síntomas y conductas delictivas, aunado a ello se reflejan actitudes negativas hacia médicos y profesionales de la salud, sienten incapacidad y temor a enfrentar</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|-----------|--|--|---|---|
| | | | | el futuro. En ocasiones, son sujetos con la capacidad de reconocer que tienen problemas con el alcohol y drogas, existe inmadurez en cuando al manejo de las emociones y de la conducta. (ENA-A, RTR-A, RPAD). |
| IV | Según la escala de depresión de Hamilton, el menor no presenta conducta depresiva que pueda influir en su estado emocional y posteriormente se vea reflejado en la conducta. | En el examen mental, el examinado está orientado en tiempo-espacio, presenta memoria inmediata con buena ejecución en cálculo, léxico adecuado, obedece a asignación establecidas. | De acuerdo con los resultados del test de matrices progresivas de Raven, Mario IV presenta capacidad intelectual (C.I.) <u>Término Medio.</u> | <p>Los resultados del Inventario multifacético de personalidad para adolescentes arrojaron MMPI-A:</p> <p>Las escalas de validez evalúan el grado de sinceridad de las respuestas dadas al responder el inventario, para determinar la confiabilidad de los resultados.</p> <p>Los resultados obtenidos de las escalas de validez: en cuanto a la inconsistencia de las respuestas obtuvo una puntuación alta se considera no</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>influir en la validez del perfil, VRIN (inconsistencia en respuestas variables- 4) TRIN (inconsistencia en respuestas verdaderas-8).</p> <p>Referente a la escala de infrecuencia de las respuestas F 1, obtuvo una puntuación alta detectando la tendencia de dar una mala imagen al brindar una respuesta, tienen características propias de personas con posibles perturbaciones severas. La disminución de la escala de defensividad (K), indican inadecuado manejo de los mecanismos de defensa.</p> <p>Con relación a la interpretación de las escalas clínicas la elevación marcada de la escala 8 (Es) mide la presencia de pensamiento bizarros que tiene el paciente, así como</p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>percepciones peculiares, aunado a ello el permanecer recluso hace que se aíse de su entorno social evitando mantener relaciones interpersonales, se refleja baja autoestima, esta a su vez provoca alteraciones en su estado de ánimo afectando su nivel de concentración y por ello se verá reflejado en su conducta y el control de los impulsos escala 0 (Is).</p> <p>En la escala 4 (Dp) se reflejan problemas en relación con el abuso de alcohol, robo, promiscuidad sexual, problemas legales, provocando un grado de ansiedad y nerviosismo al verse involucrado en posibles problemas donde no salga favorecido, (7-Pt). Se evalúa la presencia de sentimientos de grandiosidad, irritabilidad, egocentrismo, estado de ánimo</p> |
|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>elevado, hiperactividad conductas propias que pueden ser actuadas por el sujeto de acuerdo a la situación o presión de grupo donde se encuentre (9-Ma).</p> <p>Se reflejan posibles preocupaciones somáticas y negación de los problemas y la necesidad de aceptación y aprobación, el no obtenerlo va desarrollando sentimientos de desesperanza y apatía, dificultad en mantener contacto social. (2-D) (3- HI).</p> <p>En las escalas de contenido y suplementarias, la más elevada de contenido es la de enajenación manifestando una considerable distancia emocional con otras personas, tienen dificultades en entablar relaciones interpersonales,</p> |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | escaso contacto con la realidad, aislamiento social, los problemas indican desacuerdos con y entre los padres, reportan síntomas y conductas delictivas, son sujetos con la capacidad de reconocer que tienen problemas con el alcohol y drogas, existe inmadurez en cuanto al manejo de las emociones y de la conducta. (ENA-A, RTR-A, RPAD- FAM-A). |
|--|--|--|--|---|

Fuente: Vega, 2018.

5.1. Tipos de impulsividad que son emitidas por adolescentes con trastornos de conducta del Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados hijo.

Si bien en cierto el incremento de acciones sin pensar en las consecuencias, lleva consigo una amplia gama de intereses por investigar, no obstante, no solo la población que ha cometido una acción delictiva son los que presentan este rasgo, sino también la población que no tiene control de la ira:

La escala de impulsividad de Barratt busca categorizar en sub escalas los rasgos que son utilizados por la población, en este caso los cuatro casos elegidos con mayor predominio; en el cuadro # 15 se analiza los resultados obtenidos por el número de respuestas dadas de acuerdo con la población comprendida en un rango de 15 a 18 años, en este caso los trece que participaron para completar las escala.

La sub escala de impulsividad motora, cognitiva y no planeada entran en las sub escalas para conocer cuál es la que predomina más en la población en estudio.

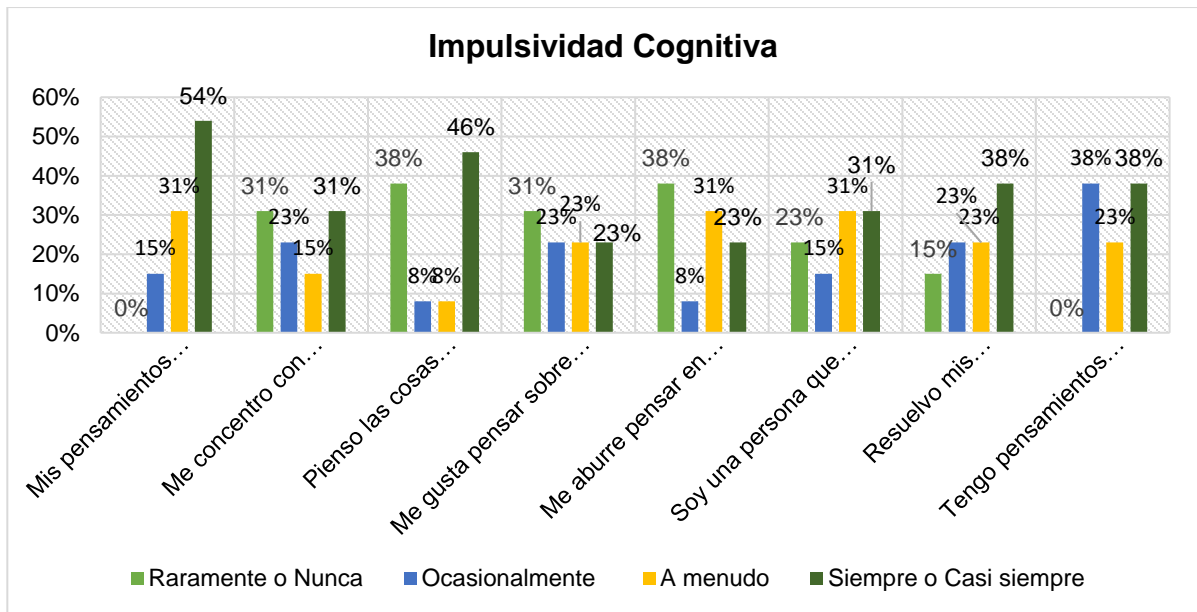
Cuadro # 8. Escala de impulsividad de Barratt

Sub escala de impulsividad Cognitiva

| Preguntas (4-7-10-13-16-19-24-27) | N° de respuesta de raramente o nunca | % | N° de respuesta ocasionalmente | % | N° de respuesta A menudo | % | N° de respuesta siempre o Casi siempre | % | Población Total |
|---|--|-----|-----------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|--|-----|--------------------|
| Mis pensamientos pueden tener gran velocidad. | 0 | 0% | 2 | 15% | 4 | 31% | 7 | 54% | 13 |
| Me concentro con facilidad | 4 | 31% | 3 | 23% | 2 | 15% | 4 | 31% | 13 |
| Pienso las cosas cuidadosamente. | 5 | 38% | 1 | 8% | 1 | 8% | 6 | 46% | 13 |
| Me gusta pensar sobre problemas complicados. | 4 | 31% | 3 | 23% | 3 | 23% | 3 | 23% | 13 |
| Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo. | 5 | 38% | 1 | 8% | 4 | 31% | 3 | 23% | 13 |
| Soy una persona que piensa sin distraerse. | 3 | 23% | 2 | 15% | 4 | 31% | 4 | 31% | 13 |
| Resuelvo mis problemas experimentando. | 2 | 15% | 3 | 23% | 3 | 23% | 5 | 38% | 13 |
| Tengo pensamientos extraños, cuando estoy pensando. | 0 | 0% | 5 | 38% | 3 | 23% | 5 | 38% | 13 |

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 1. Escala de impulsividad de Barratt



Fuente: Vega, 2018.

La escala de impulsividad será analizada por sub escala para valorar las conductas que son emitidas por la población en estudio; la impulsividad cognitiva tiene que ver con aquellas acciones que piensa el individuo, planificando y ordenando su estructura mental, teniendo pensamientos que son desfavorables viéndose afectado su comportamiento posteriormente, son aquellos que tienen dificultades en cuanto a mantener la atención; los resultados que se obtienen de acuerdo a las preguntas indican que el 15% de la población ocasionalmente sus pensamientos suelen trabajar a gran velocidad, seguido el 31%, indica que a menudo sus pensamientos trabajan a gran velocidad y el 54% dio como resultado que siempre sus pensamientos tienen gran velocidad al momento de ejecutar una acción.

En la pregunta # 7 el 31% de los participantes hacen referencia que tienen dificultades para mantener la concentración, siendo característica propia de la

impulsividad cognitiva, por su parte el 23%, 15%, y 31% de la muestra ocasionalmente, a menudo o siempre hacen mención que pueden concentrarse con facilidad para ejecutar o emitir alguna respuesta sin medir sus consecuencias o resultados.

En la pregunta # 10, el 38% de las respuestas dadas indican que raramente o nunca piensan en actuar de manera cuidadosa, por su parte el 8% de los participantes ocasionalmente o a menudo piensan antes de actuar y el 46% prefieren analizar sus acciones antes de ser emitidas.

Pregunta # 13 el 31% marcaron que no les gusta pensar sobre problemas complicados; mientras que el 23% de cada opción ocasionalmente, a menudo y casi siempre indican que les gusta concentrar su mente en situaciones o problemas que requieran complicación.

Pregunta # 16, el 38% de los participantes indican que raramente o nunca se aburren en mantener su concentración hacia un pensamiento por largo tiempo, mientras que el 8% hace referencia que ocasionalmente se aburre en pensar algo por demasiado tiempo, el 31% a menudo y el 23% indica que siempre o casi siempre se aburre en mantener un pensamiento por largo tiempo.

Pregunta # 19, el 23% de la población hace referencia que raramente o nunca tiene pensamientos sin distraerse, el 15% ocasionalmente piensa sin distraerse y el 31% a menudo y casi siempre hacen mención que mantienen sus pensamientos sin factores distractores en su entorno.

Pregunta # 24, el 15% dieron como respuesta que nunca o raramente resuelven sus problemas experimentando, un 23% indican ocasionalmente y un 23%

menudo resuelven sus problemas experimentando y el 38% siempre o casi siempre a través de experiencias nuevas resuelven sus problemas.

Pregunta # 27, el 38% de los participantes indicaron que ocasionalmente tienen pensamientos extraños por su parte siendo igualitario en porcentaje el 38% indican que casi siempre tienen pensamientos extraños cuando están pensando, y el 23% restante considera a menudo presentan pensamientos extraños donde puede verse reflejado su conducta.

Cuadro # 9. Escala de Impulsividad de Barratt

Sub escala de impulsividad Motora

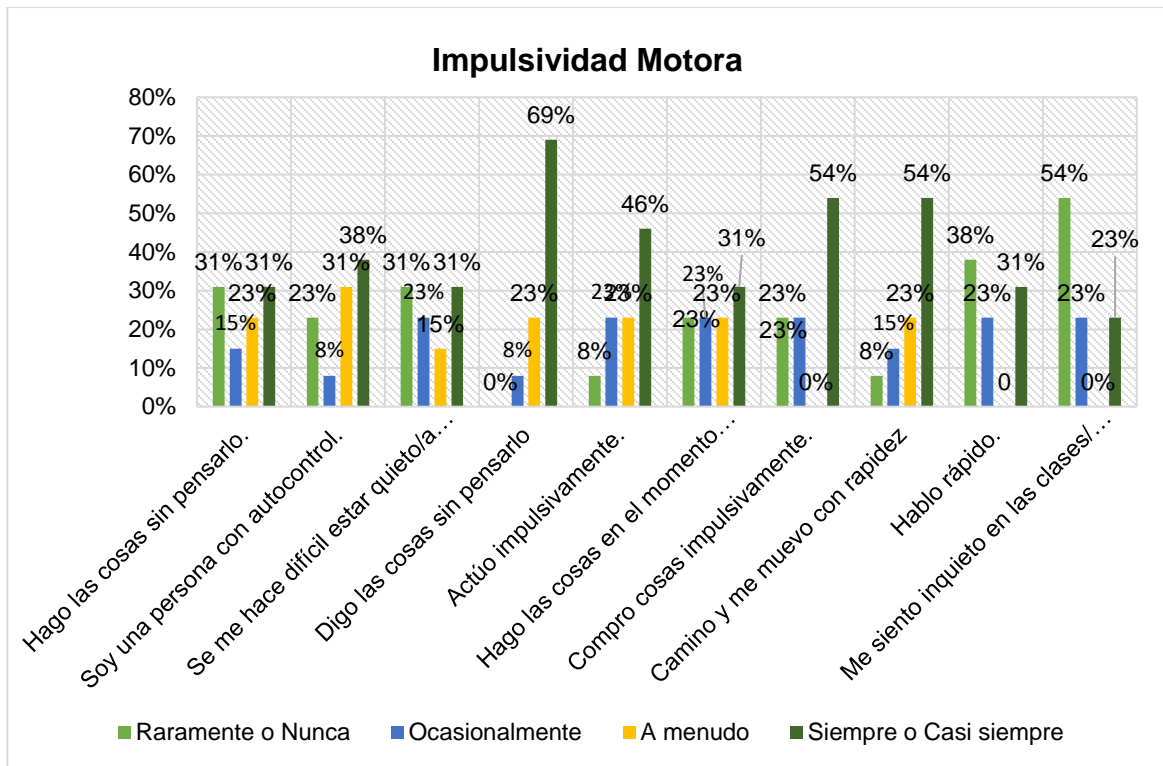
| Preguntas (2-6-9-12-15-18-21-23-26-29) | N° de respuesta de raramente o nunca | % | N° de respuesta ocasionalmente | % | N° de respuesta A menudo | % | N° de respuesta siempre o Casi siempre | % | Población Total |
|--|--|-----|-----------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|--|-----|--------------------|
| Hago las cosas sin pensarlo. | 4 | 31% | 2 | 15% | 3 | 23% | 4 | 31% | 13 |
| Soy una persona con autocontrol. | 3 | 23% | 1 | 8% | 4 | 31% | 5 | 38% | 13 |
| Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo. | 4 | 31% | 3 | 23% | 2 | 15% | 4 | 31% | 13 |
| Digo las cosas sin pensarlo. | 0 | 0% | 1 | 8% | 3 | 23% | 9 | 69% | 13 |
| Actúo impulsivamente. | 1 | 8% | 3 | 23% | 3 | 23% | 6 | 46% | 13 |
| Hago las cosas en el momento que se me ocurren. | 3 | 23% | 3 | 23% | 3 | 23% | 4 | 31% | 13 |
| Compro cosas impulsivamente. | 3 | 23% | 3 | 23% | 0 | 0% | 7 | 54% | 13 |
| Camino y me muevo con rapidez. | 1 | 8% | 2 | 15% | 3 | 23% | 7 | 54% | 13 |
| Hablo rápido. | 5 | 38% | 3 | 23% | 1 | 8% | 4 | 31% | 13 |
| Me siento inquieto en las clases/ charlas (si tengo que oír | 7 | 54% | 3 | 23% | 0 | 0% | 3 | 23% | 13 |

a alguien hablar por un periodo
de tiempo largo).

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 2. Escala de impulsividad de Barratt



Fuente: Vega, 2018.

La escala de impulsividad será analizada por sub escala para valorar las conductas que son emitidas por la población en estudio; la impulsividad motora es considerada un déficit en la inhibición conductual de acciones que el individuo prepara, tiene que ver con aquellas acciones donde el individuo no mide las consecuencias de los actos; los resultados que se obtienen de acuerdo a las preguntas indican que el 31% de la población raramente o nunca hacen las cosas sin pensarlo y un 31% hace referencia que siempre o casi siempre cometen acciones sin pensarlas; por su parte el 15% y 23% señalan que ocasionalmente o a menudo suelen actuar sin pensar.

Pregunta # 6, el 23% de la población reflejan no tener autocontrol, un 8% señala en ocasiones no tienen autocontrol, 31% marcaron que a menudo presentan

autocontrol y un 38% señala que siempre o casi siempre son personas auto controladas.

Pregunta # 9, el 31% indica que raramente o nunca pueden mantenerse por largos periodos de tiempo quieto mientras que un 31 % de la población restante no se le hace difícil mantenerse quieto por largos periodos de tiempo; por su parte un 23% y 15% aduce que en ocasiones o a menudo no tienen dificultades en mantenerse en un lugar quieto por un largo periodo de tiempo.

Pregunta # 12, el 8% de la población hace referencia que en ocasiones dicen las cosas sin pensarlo, 23% señaló que a menudo y un 69% dio como resultados que siempre o casi siempre tiende a decir las cosas sin pensarlo.

Pregunta # 15, el 8% de los participantes indican que nunca o raramente actúan de manera impulsiva, 23% que equivale a ocasionalmente y a menudo obteniendo el mismo porcentaje indican que actúan de manera impulsiva y un 46% indican que siempre o casi siempre actúan impulsivamente.

Pregunta # 18, un 23% señalan que raramente o nunca tienden hacer las cosas en el momento en que se le ocurren, seguido un 23% aduce que a en ocasiones hace las cosas cuando se le ocurre y el otro 23% indica que a menudo actúa inmediatamente, por su parte el 31% de los participantes actúan en el momento que se preste la oportunidad.

Pregunta # 21, nunca o raramente o en ocasiones el 23% de la población indican que compran cosas impulsivamente, mientras que el 54% de la población señalan que siempre o casi siempre compran impulsivamente.

Pregunta # 23, el 8% de los participantes indican que nunca o raramente caminan y se mueven con rapidez, el 15% en ocasiones suelen andar a gran velocidad, el 23% restante hace mención que a menudo caminan y se mueven con rapidez y el 54% siempre o casi siempre caminan y se mueven a gran velocidad.

Pregunta # 26, un 38% de la población indican que nunca o raramente hablan rápido, por su parte el 31% señala que siempre o casi siempre hablan rápido, el 23% hace referencia que en ocasionalmente hablan de forma precipitada y un 8% a menudo hablan de forma rápida.

Pregunta # 29, el 54% de los participantes indican que raramente o nunca sienten inquietud por estar escuchando a alguien por un largo periodo de tiempo, un 23% señalan que en ocasiones se sienten inquietos por escuchar a alguien por un periodo largo de tiempo, mientras que el otro 23% indican que siempre o casi siempre tienen inquietud por mantenerse escuchando a alguien por largo tiempo.

Cuadro # 10. Escala de impulsividad de Barratt

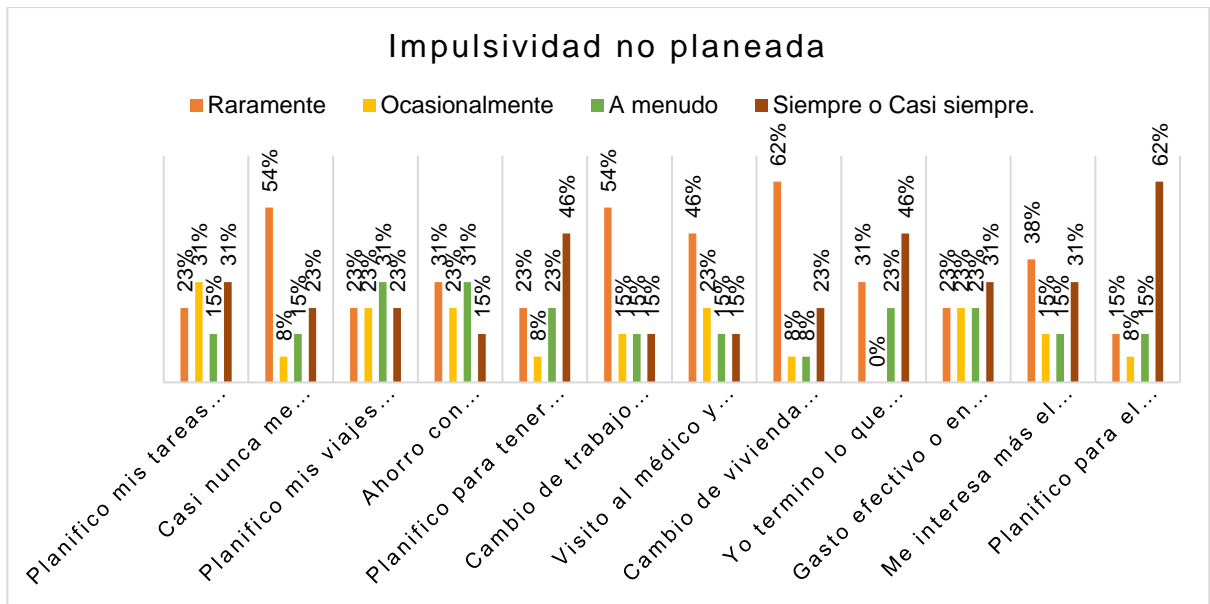
Sub escala de impulsividad no planeada

| Preguntas (1-3-5-8-11-14-17-20-22-25- 28-30) | N° de respuesta de raramente o nunca | % | N° de respuesta ocasionalmente | % | N° de respuesta A menudo | % | N° de respuesta siempre o Casi siempre | % | Población Total |
|--|--|-----|-----------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|--|-----|--------------------|
| Planifico mis tareas con cuidado. | 3 | 23% | 4 | 31% | 2 | 15% | 4 | 31% | 13 |
| Casi nunca me tomo las cosas a pecho. | 7 | 54% | 1 | 8% | 2 | 15% | 3 | 23% | 13 |
| Planifico mis viajes con antelación. | 3 | 23% | 3 | 23% | 4 | 31% | 3 | 23% | 13 |
| Ahorro con seguridad. | 4 | 31% | 3 | 23% | 4 | 31% | 2 | 15% | 13 |
| Planifico para tener un trabajo fijo. | 3 | 23% | 1 | 8% | 3 | 23% | 6 | 46% | 13 |
| Cambio de trabajo frecuentemente. | 7 | 54% | 2 | 15% | 2 | 15% | 2 | 15% | 13 |
| Visito al médico y al dentista con regularidad. | 6 | 46% | 3 | 23% | 2 | 15% | 2 | 15% | 13 |
| Cambio de vivienda a menudo. | 8 | 62% | 1 | 8% | 1 | 8% | 3 | 23% | 13 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|
| Yo termino lo que empiezo. | 4 | 31% | 0 | 0% | 3 | 23% | 6 | 46% | 13 |
| Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano. | 3 | 23% | 3 | 23% | 3 | 23% | 4 | 31% | 13 |
| Me interesa más el presente que el futuro. | 5 | 38% | 2 | 15% | 2 | 15% | 4 | 31% | 13 |
| Planifico para el futuro. | 2 | 15% | 1 | 8% | 2 | 15% | 8 | 62% | 13 |

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 3. Escala de impulsividad de Barratt



Fuente: Vega, 2018.

La escala de impulsividad será analizada por sub escala para valorar las conductas que son emitidas por la población en estudio; la impulsividad no planeada evalúa la planificación y organización de las actuaciones futuras.; los resultados que se obtienen de acuerdos a las preguntas indican que el 23% de la población raramente o nunca planifican sus tarea con cuidado, por su parte un 31% hace referencia que en ocasiones planifican sus tareas y un 31% indican que siempre o casi siempre planifican sus tareas con cuidado, mientras que el 15% restante aduce que a menudo suelen planificar sus quehaceres escolares con cuidado.

Pregunta # 3, el 54% de los participantes indican que rara vez o nunca se toman las cosas a pecho, 8% señalan en ocasiones, 15% aducen que a menudo suelen tomarse las cosas a pecho y el 23% de los participantes hacen referencia que siempre o casi siempre se toman las cosas a pecho.

Pregunta # 5, 23% de los participantes dio como respuesta que rara vez o nunca planifican sus viajes con antelación, mientras que otro 23% aduce que en ocasiones y un 23% señala siempre p casi siempre, por su parte el 31% de la población indicaron que siempre o casi siempre planifican sus viajes con antelación.

Pregunta # 8, 31% de los participantes indican que raramente o nunca ahorran con seguridad mientras que un 31% señalan que a menudo; por su parte el 23% aduce que en ocasiones ahorran con seguridad y un 15% indican que siempre o casi siempre ahorran con seguridad.

Pregunta # 11, el 23% de la población hizo referencia que raramente o nunca planifican para tener un trabajo fijo mientras que otro 23% señala que a menudo planifican para tener un trabajo fijo, no obstante, un 8% en ocasiones suele planificar en algún trabajo y el 46% siempre o casi siempre planifica para un trabajo fijo.

Pregunta # 14, el 54% hace referencia que raramente o nunca cambian de trabajo de manera frecuente, mientras que el resto de los participantes que equivale un 23% en ocasiones, a menudo y siempre o casi siempre cambian de trabajo frecuentemente.

Pregunta # 17, el 46% de la población raramente o nunca visitan al dentista o al médico con regularidad, 23% señalan que ocasionalmente visitan al médico, un 15% refiere que a menudo visitan al doctor y un 15% siempre o casi siempre visitan al médico con regularidad.

Pregunta # 20, el 62% de los participantes indican que raramente o nunca cambian de vivienda, por su parte un 8% hace referencia que cambia de vivienda ocasionalmente, por su parte el 8% cambian de vivienda a menudo y el 23% de la población indican que de manera frecuente cambian de vivienda.

Pregunta # 22, el 31% hace mención que raramente o nunca terminan lo que empiezan, 23% aduce que a menudo terminan lo que empiezan y el 46% restante de los participantes tienden a terminar todo lo que empiezan.

Pregunta # 25, los resultados arrojados de acuerdo a las opciones raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo obtuvieron un 23% cada uno indicando así que la población recluida gasta mayor efectivo de lo que recibe, y el 31% restante indica que siempre o casi siempre gasta más de lo que gana en efectivo siendo así considerado que actúan sin medir ni planificar para el futuro.

Pregunta # 28, el 38% de la población raramente o nunca le interesa más el presente que el futuro, por su parte el 31% indica que siempre o casi siempre le interesa más el presente que el futuro mientras que el 15% restante de los participantes equivaliendo ocasionalmente hacen referencia que no les interesa el futuro y un 15% señalan que a menudo muestran interés por el presente;

Por su parte en la pregunta # 30 el 62% de los jóvenes recluidos indican planificar para el futuro siempre o casi siempre, un 15% raramente o nunca planifican para el futuro, 8% ocasionalmente, 15% a menudo planifican para el futuro.

Cuadro # 11. Rasgos de impulsividad que predominan en la población de estudio, de acuerdo con la escala de impulsividad de Barratt.

| Sub escalas | Mario I | Mario II | Mario III | Mario IV |
|-------------|---------|----------|-----------|----------|
| I.C. | 26 | 29 | 24 | 20 |
| I.M | 29 | 28 | 26 | 15 |
| I.N.P. | 25 | 31 | 25 | 27 |

Mario I tiene mayor predominio hacia la impulsividad motora donde se considera busca a través de agresiones la satisfacción o el logro de obtener algún beneficio. Aunado a ello las demás sub escalas tiene un rango donde se considera debe trabajarse, ya que cognitivamente puede influenciar con mayor rango las acciones conductuales.

Mario II tiene predominio hacia la impulsividad no planeada donde el menor en la mayoría de las veces suele actuar sin medir en las consecuencias de sus actos delictivos, seguido de ello la impulsividad cognitiva de acuerdo a lo observado el menor tiende a manipular y pensar de manera minuciosa lo que quiere lograr y la motora donde se considera busca a través de agresiones la satisfacción o el logro de obtener algún beneficio.

Mario III declina hacia la impulsividad motora donde se busca a través de agresiones la satisfacción o el logro de obtener algún beneficio; seguido a ello las dos áreas de impulsividad tienen una puntuación cercana donde refleja su comportamiento pasivo- activo cuando tiende a enojarse por algún suceso que no le agrade actuando sin medir las consecuencias.

Por su parte Mario IV tiene mayor predominio hacia la impulsividad no planeada donde se considera actúa sin planificar y medir las consecuencias de sus acciones, busca gratificación de manera inmediata. Seguido a ello las dos áreas

de impulsividad tienen una puntuación cercana donde refleja su comportamiento pasivo- activo cuando tiende a enojarse por algún suceso que no le agrade.

Relacionando los resultados con su historial delictivo, la población en estudio tuvo un incremento en la aceptación sin embargo en el caso # 1-2 siendo de mayores puntajes ha sido difícil hacer buen manejo de las técnicas ya que su estructura mental está condicionada para emitir dichas conductas.

5.2 Criterios diagnósticos del trastorno de conducta de acuerdo con el DSM-5.

Los jóvenes en riesgo social cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-5, tres de los cuatro casos dan sus inicios en la adolescencia en cometer actos delictivos para obtener algún beneficio o satisfacer carencias afectivas y la búsqueda de figura de autoridad dentro del entorno donde se encuentra.

De acuerdo con las entrevistas, los resultados de las escalas, el test de personalidad para adolescentes (MMPI-A), los factores que influyen a que los adolescentes se adentraran a grupos delictivos se deben a problemas e inestabilidad en la dinámica familiar, carencias afectivas, escasa supervisión, factores económicos, presión de grupo, deserción escolar entre otros, resaltando la familia como factor principal ya que juega un pilar importante en la vida de cada individuo, la historia de cada caso participante del plan de intervención abre preámbulos de los posibles motivos por el cual hoy en día se encuentran reclusos en un centro.

Si bien es cierto en el capítulo dos, se detalla en el cuadro # 1 los criterios que son propios para el trastorno de conducta desde sus inicios y los criterios que cumplen: los cuatro casos de adolescentes elegidos para el plan de intervención presentaban 5 o más criterios de las categorías mencionadas.

Cuadro # 12. Criterios diagnósticos del DSM-5

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia en los doce últimos meses de por lo menos tres de los quince criterios siguientes en cualquier de las categorías siguientes, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses.

5.3 Rasgo que predomina en los sujetos de estudio de acuerdo con la escala de impulsividad de Barratt

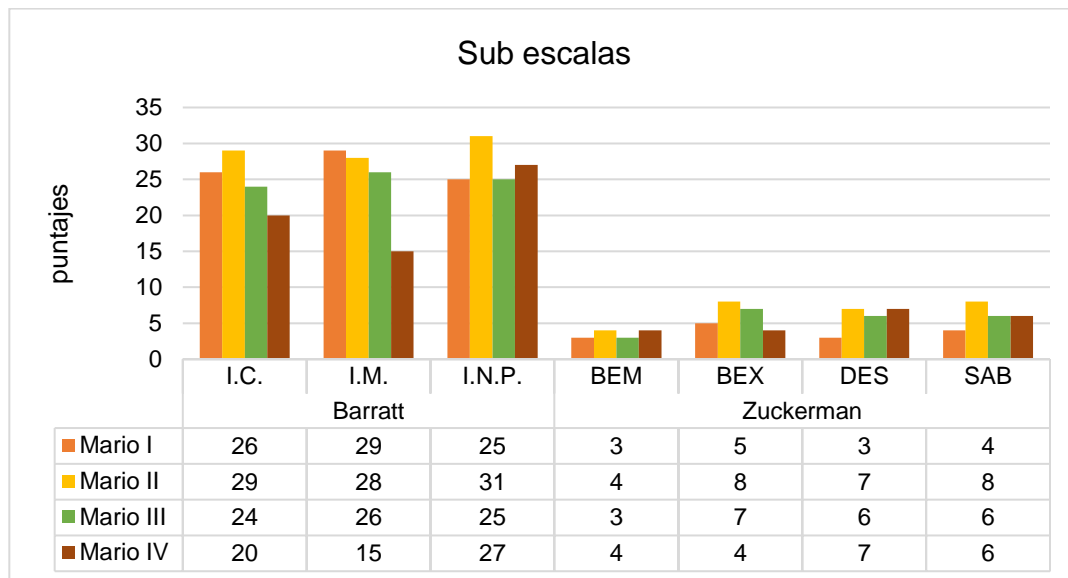
Cuadro # 13. Puntaje total por sub escalas de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones.

| Casos | Escala de Impulsividad de Barratt | | | Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman | | | |
|-------|-----------------------------------|-----|---------|--|-----|-----|-----|
| | I.C. | I.M | I. N.P. | BEM | BEX | DES | SAB |
| 1 | 26 | 29 | 25 | 3 | 5 | 3 | 4 |
| 2 | 29 | 28 | 31 | 4 | 8 | 7 | 8 |
| 3 | 24 | 26 | 25 | 3 | 7 | 6 | 6 |
| 4 | 20 | 15 | 27 | 4 | 4 | 7 | 6 |

Fuente: Vega, 2018.

Los puntajes obtenidos por cada sub escala está establecido en el cuadro # 12, para determinar las áreas que son predominantes para cada caso en cuanto a la conducta impulsiva, así como si las conductas son realizadas para experimentar nuevas experiencias arriesgadas. Estos puntajes solo serán establecidos para los 4 participantes del programa de psicoterapia para trabajar rasgos de impulsividad.

Gráfica # 4. Puntaje total por sub escalas de Impulsividad y Búsqueda de sensaciones.



Fuente: Vega, 2018.

Los resultados obtenidos por sub escalas, equivale a los puntajes obtenidos en cada caso:

Mario I tiene predominio en cuanto a la impulsividad motora, obteniendo una puntuación de 29, aunado a ello el menor se percibe como una persona problemática y actúa sin medir en las consecuencias de sus actos.

Mario II tiene mayor predominio en la impulsividad no planeada, no obstante, la impulsividad motora y cognitiva van seguidas como complemento en su conducta; por ello se resalta continuidad en cuanto a terapias por su historial delictivo.

Mario III, se inclina por minoría de puntuación hacia la impulsividad motora, aduciendo que cuando actúa no mide sus actos.

Mario IV tiene mayor predominio hacia la impulsividad no planeada.

Por su parte la escala de búsqueda de sensaciones sus áreas que predominan por minoría de puntajes son:

Mario I tiene mayor inclinación por la escala de búsqueda de excitación donde busca a través de nuevas experiencias sensaciones y estilos de vida poco convencionales.

Mario II tiene mayor inclinación hacia 3 áreas de la sub escala de búsqueda de sensaciones, donde busca a través de experiencias nuevas sensaciones y estilos de vida poco convencionales el cual desea liberar aquellas tensiones o situaciones que pueden ocasionarle aburrimiento a través de actividades sociales, fiestas, refleja aburrimiento cuando las cosas que realiza sean monótonas.

Mario III tiene mayor inclinación hacia la búsqueda de excitación buscando en experiencias nuevas sensaciones y estilos de vida poco convencionales, seguido a ello, las áreas de desinhibición y susceptibilidad hacia el aburrimiento, Mario III indica a través del dibujo libre, desinhibirse a través de fiestas, alcohol y la desinhibición social, considerando no le gusta las actividades monótonas.

Por su parte Mario IV se inclina hacia el área de desinhibición, considerando le gusta compartir con su grupo de pares incluyendo las fiestas y las bebidas.

5.4 Diferencias entre las conductas impulsivas que son emitidas por adolescentes jóvenes de acuerdo con la escala de búsqueda de sensaciones Zuckerman

La escala de búsqueda de sensaciones busca determinar si las acciones que son cometidas por esta población, son realizadas como manera de sentir placer, muestran la necesidad de sentir sensaciones nuevas o experiencias; si bien es cierto esta escala mide rasgos de personalidad donde en muchas ocasiones el individuo va a querer correr riesgos ya sean físicos o sociales por el hecho de disfrutar de las experiencias poco convencionales.

Los jóvenes recluidos en el centro, que participaron para el programa psicoterapéutico, tienen historiales delictivos distintos, es decir su conducta va verse reflejada de mayor a menor grado de acuerdo al acto.

Cabe señalar que la diferencia será analizada solo en los 4 casos que participaron en el programa terapéutico, la mayor parte del tiempo estos jóvenes practican alguna acción delictiva dentro de la institución como forma de correr riesgos y satisfacer su necesidad. La búsqueda de sensaciones igual que la escala de impulsividad de Barratt, habla de la posibilidad de riesgo con resultados negativos, una persona con alta o baja búsqueda de sensaciones marcará la diferencia en el riesgo. Por ello en los siguientes cuadros se van a realizar un análisis que corresponde a los 13 adolescentes que participaron para después categorizar a los 4 miembros.

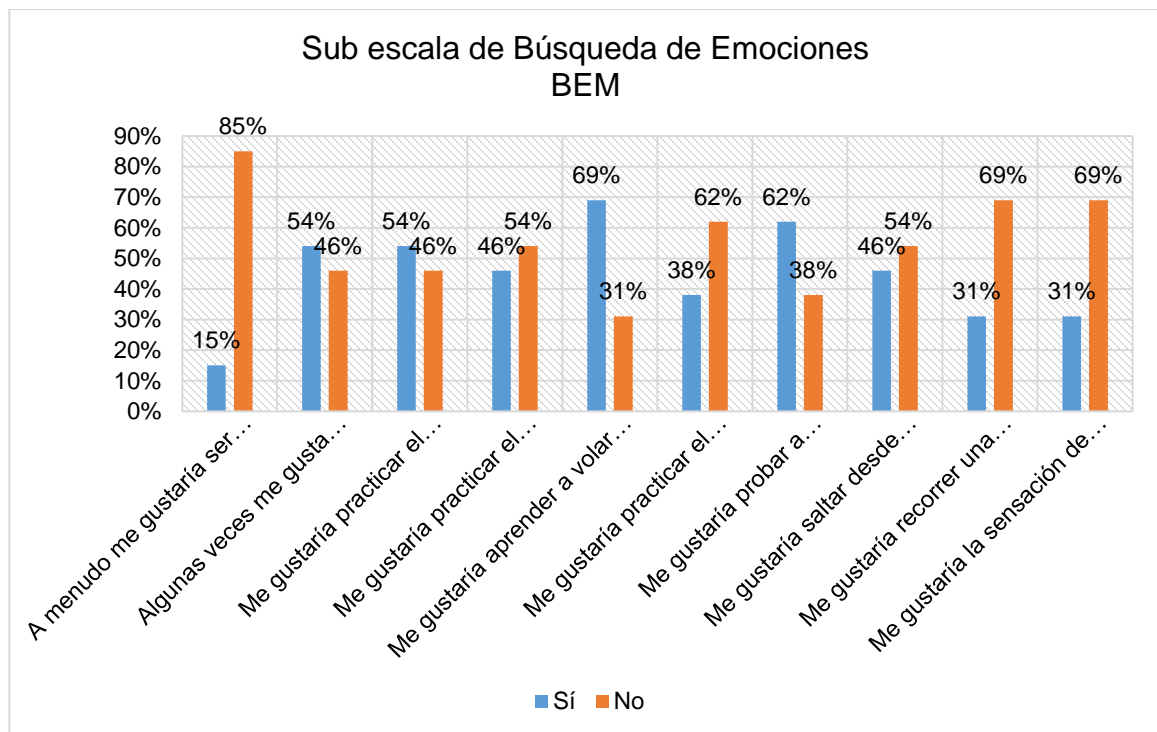
Cuadro # 13. Escala de búsquedas de sensaciones (forma V)

Sub Escala de Búsqueda de Emociones (BEM)

| Preguntas (1-5-9-13-17-21-25-29-33-37) | N° de respuesta | Porcentaje | N° de respuesta | Porcentaje | Población Total |
|--|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | Sí | | No | | |
| A menudo me gustaría ser un escalador de montaña | 2 | 15% | 11 | 85% | 13 |
| Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos. | 7 | 54% | 6 | 46% | 13 |
| Me gustaría practicar el esquí acuático. | 7 | 54% | 6 | 46% | 13 |
| Me gustaría practicar el wind- surfing. | 6 | 46% | 7 | 54% | 13 |
| Me gustaría aprender a volar en avioneta. | 9 | 69% | 4 | 31% | 13 |
| Me gustaría practicar el submarinismo | 5 | 38% | 8 | 62% | 13 |
| Me gustaría probar a lanzarme en paracaídas. | 8 | 62% | 5 | 38% | 13 |
| Me gustaría saltar desde trampolines altos en piscina. | 6 | 46% | 7 | 54% | 13 |
| Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero. | 4 | 31% | 9 | 69% | 13 |
| Me gustaría la sensación de bajar esquiando muy rápido por la pendiente de una gran montaña. | 4 | 31% | 9 | 69% | 13 |

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 5. Escala de búsqueda de sensaciones



Fuente: Vega, 2018.

En la escala Búsqueda de sensaciones contabilizada por área, específicamente la búsqueda de emociones se puede apreciar que la totalidad de la población, en la pregunta # 1 el 15% de los encuestados desean experimentar sensaciones nuevas y arriesgadas con el fin de obtener un beneficio para sí mismo; mientras que el 85% refleja no tener ningún interés en realizar o experimentar nuevas experiencias.

Referente a la pregunta # 5 y # 9 el 54% de los encuestados tienen deseos de participar en actividades que requieran de rapidez y peligro, mientras que el 46% indica no realizar actividades que involucren algún riesgo.

En las preguntas # 13 y # 29 el 46% indican que les gustaría practicar actividades que sean poco convencionales, no obstante, el 54% no tienen el interés de realizar alguna actividad donde se puedan ver afectados.

En las preguntas # 17, # 21, # 25, # 33, # 37 el 69%, 38% y el 31% busca satisfacer sus emociones a través de conductas riesgosas como búsqueda de una gratificación de manera inmediata, mientras que el 31%, 62%, 38% y 69% de la población no asumen retos por temor a enfrentar experiencias nuevas.

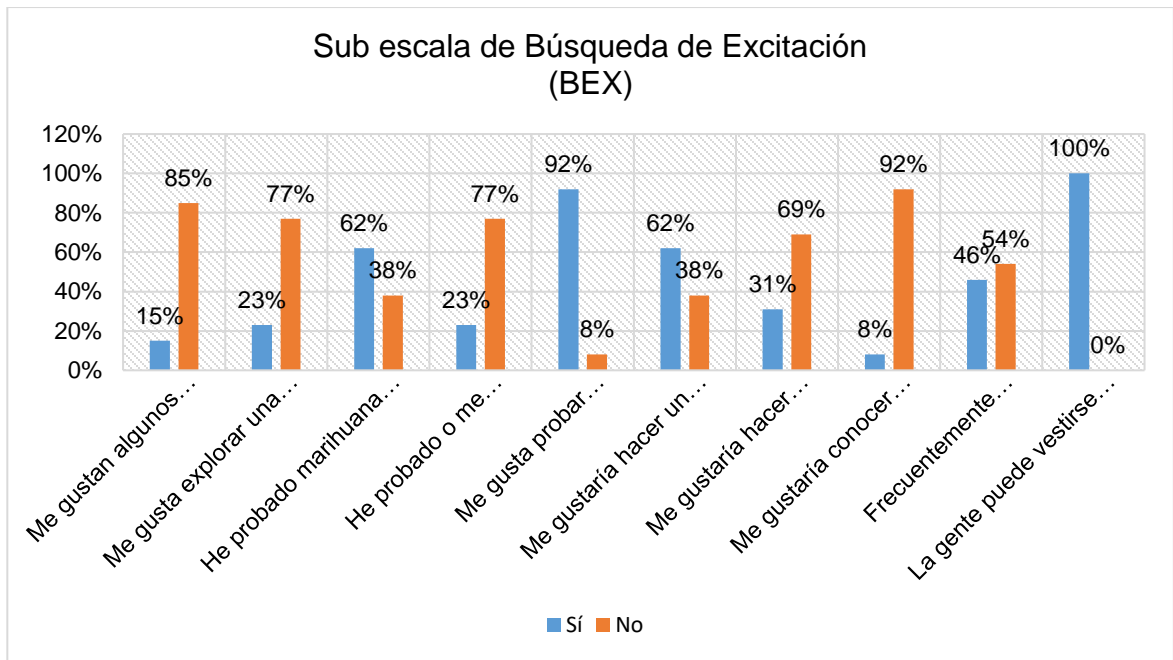
Cuadro # 15. Escala de búsqueda de sensaciones (forma V).

Sub Escala de Búsqueda de Excitación (BEX)

| Preguntas (2-6-10-14-18-22-26-30-34-38) | N° de respuesta | Porcentaje | N° de respuesta | Porcentaje | Población Total |
|--|--------------------|------------|--------------------|------------|--------------------|
| | Sí | | No | | |
| Me gustan algunos olores corporales | 2 | 15% | 11 | 85% | 13 |
| Me gusta explorar una ciudad o barrio desconocido, aunque pueda perderme. | 3 | 23% | 10 | 77% | 13 |
| He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo. | 8 | 62% | 5 | 38% | 13 |
| He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones. | 3 | 23% | 10 | 77% | 13 |
| Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes. | 12 | 92% | 1 | 8% | 13 |
| Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración ni su itinerario. | 8 | 62% | 5 | 38% | 13 |
| Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales. | 4 | 31% | 9 | 69% | 13 |
| Me gustaría conocer personas que son homosexuales (hombres o mujeres). | 1 | 8% | 12 | 92% | 13 |
| Frecuentemente encuentro preciosos los colores chocantes y las formas irregulares de la pintura moderna. | 6 | 46% | 7 | 54% | 13 |
| La gente puede vestirse como quiera, aunque sea de una forma extravagante. | 13 | 100% | 0 | 0% | 13 |

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 6. Escala de búsqueda de sensaciones



Fuente: Vega, 2018.

En la escala Búsqueda de sensaciones contabilizada por área, específicamente la búsqueda de excitación se puede apreciar que la totalidad de la población, en las preguntas #2, #6, #14, #26, #30 reflejan un porcentaje de 15%, 23%, 31% y 8% considerado relativamente bajo en cuanto a querer experimentar situaciones nuevas y poco convencionales sin embargo, en las preguntas # 10, #18, #22, #34, #38 con porcentajes altos, los encuestados desean experimentar sensaciones nuevas y arriesgadas a través de experiencias nuevas y estilos de vida poco convencionales, siendo aquella población que toma riesgos y suele actuar sin medir las consecuencias de sus acciones, mientras que el 85%, 77%, 38%, 8%, 69%, 92% y 54% del resto de la población no refleja tener ningún interés en realizar o experimentar nuevas experiencias inusuales.

Cuadro # 16. Escala de búsqueda de sensaciones (forma V).

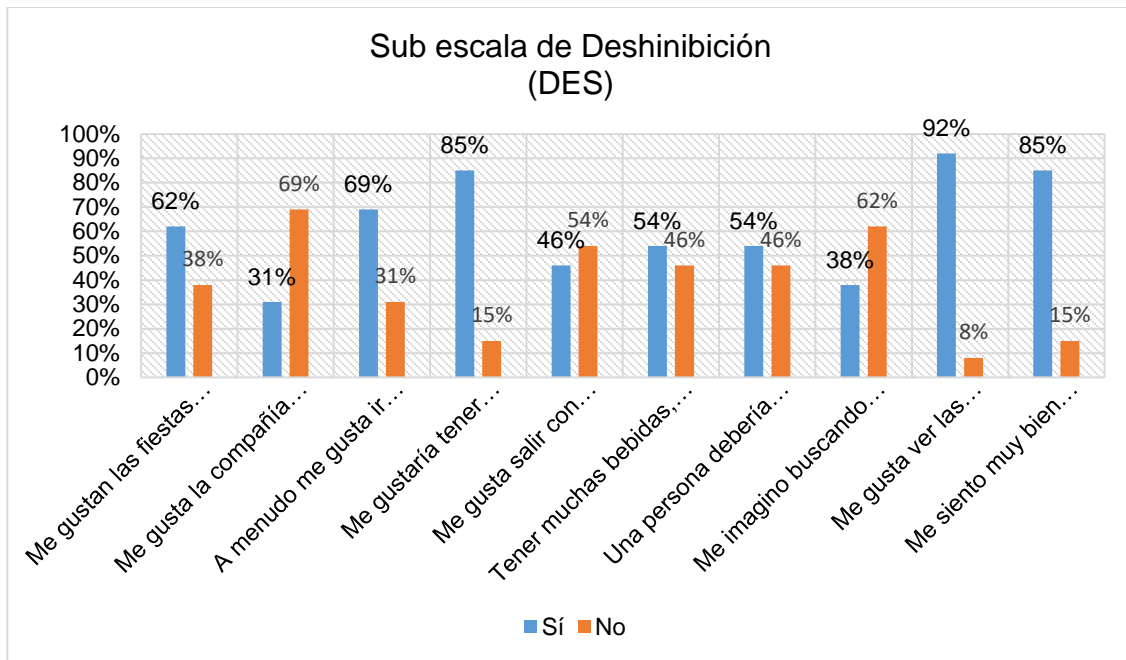
Sub escala de Desinhibición (DES)

| Preguntas (3-7-11-15-19-23-27-31-35-39) | N° de respuesta | | Porcentaje | | Población total |
|--|-----------------|----|------------|-----|-----------------|
| | Sí | No | Sí | No | |
| Me gustan las fiestas desenfadadas y desinhibidas. | 8 | 5 | 62% | 38% | 13 |
| Me gusta la compañía de personas liberadas que practican el cambio de pareja. | 4 | 9 | 31% | 69% | 13 |
| A menudo me gusta ir colocado (bebiendo alcohol o fumando hierba). | 9 | 4 | 69% | 31% | 13 |
| Me gustaría tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean pocas convencionales o incluso ilegales. | 11 | 2 | 85% | 15% | 13 |
| Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes. | 6 | 7 | 46% | 54% | 13 |
| Tener muchas bebidas, es la clave de una buena fiesta. | 7 | 6 | 54% | 46% | 13 |
| Una persona debería tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio. | 7 | 6 | 54% | 46% | 13 |
| Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con la jet- set. | 5 | 8 | 38% | 62% | 13 |
| Me gusta ver las escenas sexys de las películas. | 12 | 1 | 92% | 8% | 13 |

| | | | | | |
|--|----|-----|---|-----|----|
| Me siento muy bien después de tomarme unas copas de alcohol. | 11 | 85% | 2 | 15% | 13 |
|--|----|-----|---|-----|----|

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 7. Escala de búsqueda de sensaciones (forma V).



Fuente: Vega, 2018.

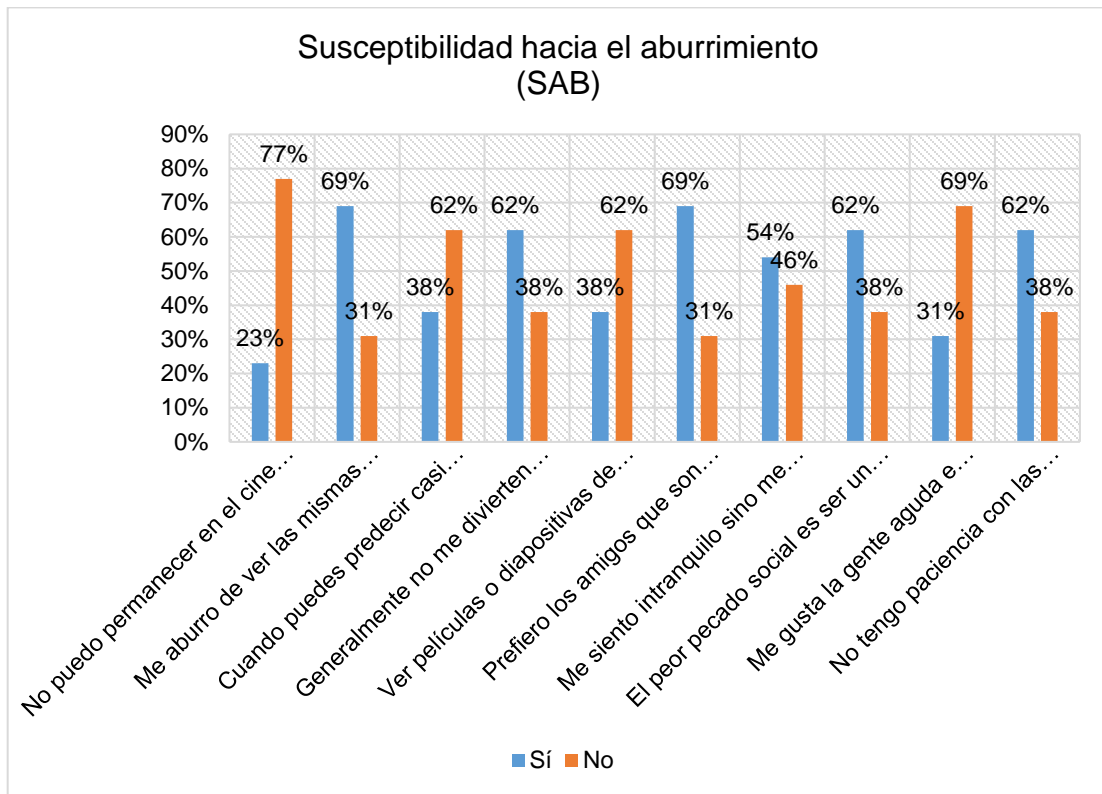
En la escala Búsqueda de sensaciones contabilizada por área, específicamente la sub escala de desinhibición se hace énfasis que ha tenido mayor predominio en cuanto al porcentaje de respuestas de los participantes inclinándose a que la población que está recluida tiende a buscar la desinhibición a través de actividades donde el entorno social sea un ambiente que involucre fiestas, consumo de bebidas y actividades que sea de su agrado, reflejándose en el índice de preguntas con sus respectivas respuestas: la pregunta # 3, #11, # 15, #19, #23, #27, #35 y #39, el 62%, 69%, 85%, 46%, 54%, 92% de las respuestas indicaron que a través de diferentes actividades como búsqueda de placer, la población obtiene resultados de beneficio si participa en dichas actividades; no obstante, la pregunta #7 y #31 reflejan un porcentaje bajo con respecto a experimentar sensaciones y experiencias nuevas dentro de un entorno social; mientras que el 38%, 69%, 31%, 15%, 46%, 8% de la población no busca satisfacción a través de los placeres.

Cuadro # 17. Escala de búsqueda de sensaciones (forma V).

| Sub escala de Susceptibilidad hacia el aburrimiento (SAB) | | | | | |
|--|---------------------------|------------|---------------------------|------------|--------------------|
| Preguntas (4-8-12-16-20-24-28-32-36-40) | N° de respuestas Sí | Porcentaje | N° de respuestas Sí | Porcentaje | Población Total |
| No puedo permanecer en el cine cuando ya he visto la película. | 3 | 23% | 10 | 77% | 13 |
| Me aburre de ver las mismas caras de siempre. | 9 | 69% | 4 | 31% | 13 |
| Cuando puedes predecir casi todo lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerarla como una persona aburrida. | 5 | 38% | 8 | 62% | 13 |
| Generalmente no me divierten las películas o juegos en las que puedo predecir de antemano lo que va a suceder. | 8 | 62% | 5 | 38% | 13 |
| Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente. | 5 | 38% | 8 | 62% | 13 |
| Prefiero los amigos que son impredecibles. | 9 | 69% | 4 | 31% | 13 |
| Me siento intranquilo sino me puedo mover alrededor de mi casa durante un largo periodo de tiempo. | 7 | 54% | 6 | 46% | 13 |
| El peor pecado social es ser un aburrido. | 8 | 62% | 5 | 38% | 13 |
| Me gusta la gente aguda e ingeniosa, aunque a veces ofenda a otros. | 4 | 31% | 9 | 69% | 13 |
| No tengo paciencia con las personas grises y aburridas | 8 | 62% | 5 | 38% | 13 |

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 8. Escala de búsqueda de sensaciones (forma V).



Fuente: Vega, 2018.

En la escala Búsqueda de sensaciones contabilizada por área, específicamente la sub escala de susceptibilidad hacia el aburrimiento el 23%, 69%, 38%, 62%, 54%, 31% de la población considera aburrirse con facilidad, y no le gustan las actividades monótonas ya que producen disgustos al tener conductas repetitivas en cuanto a experiencias nuevas, cometiendo acciones desadaptadas como forma para llamar la atención dentro de su entorno, sin embargo, 77%, 31%, 62%, 38%, 46%, y 69% de la población no son susceptibles al aburrimiento.

Aquí se describe los resultados obtenidos de la escala de búsqueda de sensaciones de la población que participa en el programa, resaltando sus nombres ficticios.

Cuadro # 18. Resultados de la sub escalas de búsqueda de sensaciones.

| Sub escalas | Mario I | Mario II | Mario III | Mario IV |
|-------------|---------|----------|-----------|----------|
| BEM | 3 | 4 | 3 | 4 |
| BEX | 5 | 8 | 7 | 4 |
| DES | 3 | 7 | 6 | 7 |
| SAB | 4 | 8 | 6 | 6 |

Fuente: Vega, 2018.

En la escala de búsqueda de sensaciones, Mario I obtuvo una puntuación relativamente baja, tomando en consideración que sus acciones las realiza como patrón de comportamiento repetitivo, busca a través de nuevas experiencias sensaciones y estilos de vida poco convencionales.

En la escala de búsqueda de sensaciones Mario II obtuvo una puntuación total de 27, tomando en consideración que sus acciones las realiza como patrón de comportamiento repetitivo, buscando a través de nuevas experiencias sensaciones y estilos de vida poco convencionales, ya que la monotonía le produce inquietud donde a consecuencia de ello puede continuar adoptando sus comportamientos delictivos, desea liberación para poder actuar como quiere.

En la escala de búsqueda de sensaciones Mario III obtuvo una puntuación total de 22, tomando en consideración que sus acciones las realiza como patrón de comportamiento repetitivo, buscando a través de nuevas experiencias

sensaciones y estilos de vida poco convencionales ya que la monotonía le produce inquietud, a consecuencia de ello puede continuar adoptando sus comportamientos delictivos.

En la escala de búsqueda de sensaciones Mario IV obtuvo una puntuación total de 21, tomando en consideración que sus acciones las realiza como patrón de comportamiento repetitivo, buscando a través de nuevas experiencias sensaciones y estilos de vida poco convencionales ya que la monotonía le produce inquietud, a consecuencia de ello puede continuar adoptando sus comportamientos delictivos. Presenta deseos de liberarse a través de actividades propias de la etapa (fiestas, bebidas, interacción con entorno social diferente).

5.5 Modelo psicoterapéutico desde un enfoque clínico de Terapia Cognitiva conductual para trabajar la impulsividad en jóvenes que están reclusos en dicha institución.

Las técnicas utilizadas para trabajar la impulsividad con los adolescentes están basadas en el modelo de Aron Beck y la terapia de aceptación y compromiso, ya que esta población presenta actitudes hostiles, estrés, entre otros debido al entorno donde permanecen. En el siguiente cuadro se describen de las técnicas y los objetivos trabajados durante 18 sesiones.

Cuadro # 19. Modelo psicoterapéutico

| Técnicas | Objetivos | Sesiones |
|--|---|----------|
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnica de visualización de un paisaje. ✚ El diario de pensamientos y sentimientos. ✚ Diagrama El círculo mágico y la trampa negativa. ✚ Termómetro del ánimo ✚ Técnica de las 3 columnas. | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Promover en el paciente la comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos. ✚ Conciensar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva. ✚ Utilizar técnicas para el inicio de la terapia. | 1-2 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ La prueba del Sí/entonces. ✚ Técnica de respiración ✚ El diálogo socrático ✚ Juego de Roles. ✚ Termómetro del ánimo. | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso. ✚ Lograr que el paciente haga una comprensión sobre la terapia cognitiva, ventajas y logros de los mismos. | 3-4-5 |

| | | |
|---|--|---------|
| | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Hacer concientizar de los beneficios y desventajas de actuar de manera impulsiva. ✚ Utilizar técnicas cognitivas para el inicio de la terapia. | |
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ Ejercicios de relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática ✚ Lista de escala para la intensidad. ✚ Sopa de letra busca sentimientos ✚ Técnica de la fantasía dirigida. ✚ Detección de pensamientos ✚ Técnica del modelado | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso. ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva. ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y cómo los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas. | 6-7-8 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ técnicas de visualización con relajación progresiva de Jacobson. ✚ Registro diario de pensamientos distorsionados (hoja de autorregistro). ✚ Empirismo cooperativo. ✚ Flecha descendente. ✚ La metáfora del pantano. ✚ | <ul style="list-style-type: none"> ✚ incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso. ✚ Mejorar el manejo ante situaciones de estrés para disminuir la conducta impulsiva. ✚ Concientizar al paciente de los resultados de tener pensamientos desadaptados y como los mismos influyen en su conducta a través de técnicas cognitivas. ✚ Reforzar logros obtenidos en cuanto al uso de técnicas cognitivas-conductuales. | 9-10-11 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ Ejercicios experienciales (ejercicio de las mariposas). | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Incrementar el autocontrol para trabajar el control de impulso. | |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnica de la distracción (Técnica del semáforo). ✚ Diálogo socrático. ✚ Reestructuración cognitiva ✚ Dibujo libre | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Reestablecer a través de técnicas cognitivas pensamientos negativos que influyan en el paciente actuar de manera desadaptativa. ✚ Aplicar técnicas de mindfulness (terapia de aceptación y compromiso) para disminuir la ansiedad que pueden generarse ante situaciones donde pueda provocarse reacciones impulsivas. 12-13-14 |
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ Reestructuración cognitiva. | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Fortalecer las cualidades positivas del paciente. ✚ Explicarle al paciente del cierre de sesión y el seguimiento para fortalecer logros obtenidos. 15-16-17 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ✚ Continuar valorando esfuerzos realizados por el menor. 18-19-20 |

Fuente: Vega, 2018.

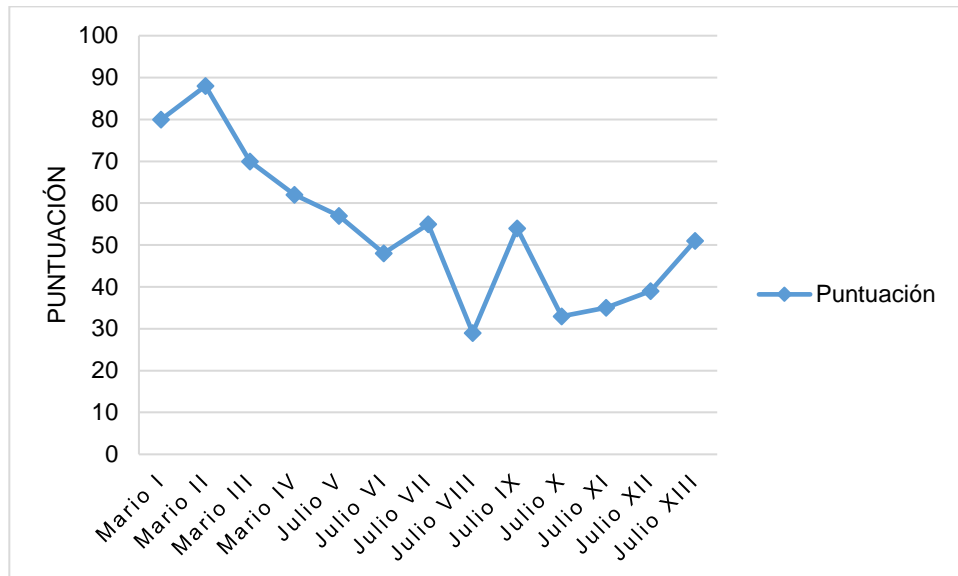
5.6 Resultados de la aplicación de las escalas.

Cuadro # 20. Puntaje total por participante de las escalas de impulsividad y búsqueda de sensaciones.

| Participantes | Escala de impulsividad de Barratt | Escala de búsqueda de sensaciones |
|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Mario I | 80 | 15 |
| Mario II | 88 | 24 |
| Mario III | 70 | 23 |
| Mario IV | 62 | 18 |
| Julio V | 57 | 19 |
| Julio VI | 48 | 23 |
| Julio VII | 55 | 22 |
| Julio VIII | 29 | 21 |
| Julio IX | 54 | 16 |
| Julio X | 33 | 16 |
| Julio XI | 35 | 8 |
| Julio XII | 39 | 10 |
| Julio XIII | 51 | 24 |

Fuente: Vega, 2018.

Gráfica # 9. Aplicación de la escala de Impulsividad de Barratt a los sujetos de 15 a 18 años, reclusos en el C.C.C. Aurelio Granados Hijo.

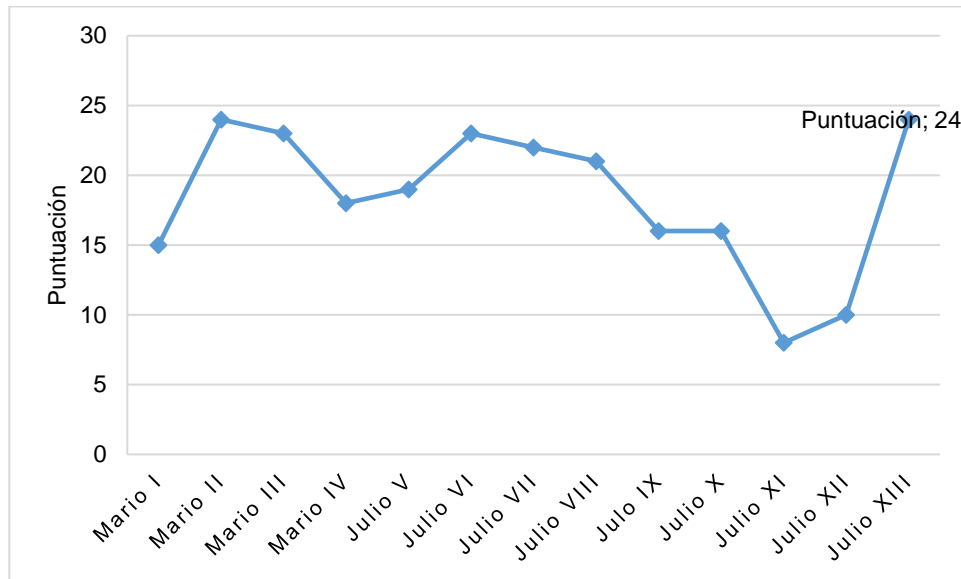


Fuente: Vega, 2018.

El puntaje total de número de participantes corresponde a la sumatoria de cada escala aplicada, tomando en consideración los mayores puntajes para la implementación del plan terapéutico con relación al control de los impulsos. Cabe señalar que entre más alto es el puntaje mayor es el índice de actuación impulsiva.

Los 4 primeros participantes por ser puntajes altos fueron elegidos para trabajar su rasgo de impulsividad, siendo así los nombres ficticios que se utilizaron para la identificación de cada uno (M. I- M. II- M.III- M.IV).

Gráfica # 10. Aplicación de la escala de Búsqueda de Sensaciones (forma V) a los sujetos de 15 a 18 años, recluidos en el C.C.C. Aurelio Granados Hijo.



Fuente: Vega, 2018.

El puntaje total de número de participantes corresponde a la sumatoria de cada escala aplicada, tomando en consideración los mayores puntajes para la implementación del plan terapéutico en relación al control de los impulsos con la búsqueda de sensaciones. Cabe señalar que entre más alto es el puntaje mayor es el índice de actuación impulsiva. Los 4 primeros participantes 2 de ellos (Mario I y Mario IV) obtuvieron una puntuación baja con respecto a la búsqueda de sensaciones por el cual actúan de manera impulsiva, mientras que los otros dos restantes (Mario II y Mario III) están dentro del rango promedio donde en ocasiones les gusta sentir placer cuando experimentan situaciones y experiencias nuevas. El resto de los participantes están dentro del rango de 20 a 25 como promedio.

Resultados del tratamiento de la terapia cognitiva conductual con la terapia de aceptación y compromiso de cada caso.

La terapia cognitiva conductual con la terapia de aceptación y compromiso se llevó a cabo con 15 sesiones y 5 sesiones de seguimiento para valorar los avances significativos que ha tenido cada participante con rasgos de impulsividad.

Cada participante se le aplicó dos escalas para determinar el grado de predominio de su conducta, y las áreas con mayor puntaje (la escala de impulsividad de Barratt y la escala de Búsqueda de Sensaciones) (gráfica # 9-10). Posteriormente, a los 4 participantes con mayor puntaje se les aplicó una prueba de personalidad para ser más completa el estudio de investigación (MMPI-A). (ver cuadro # 7)

En el cuadro # 20 se detalla las puntuaciones obtenidas por la totalidad de participantes.

Posterior a ello, se hace una valoración de los avances significativos que ha obtenido cada participante de acuerdo al periodo de tiempo de sesiones, a través de la aplicación de las escalas (pre-test y pos-test) para corroborar si las técnicas trabajadas en sesión fueron efectivas en cada paciente. No obstante, se hace la salvedad que la población requiere de mayor tiempo para continuar trabajando terapia.

5.7 Comprobación de hipótesis

De acuerdo con los resultados obtenidos según la escala de búsqueda de sensaciones y la escala de impulsividad de Barratt, se sustentará a través de un programa de SPSS de datos estadísticos, donde se realiza una matriz de datos correspondiente de las escalas para determinar la comprobación de hipótesis, por su parte la aplicación de un pre y pos-test donde se van a valorar los resultados obtenidos y los avances de acuerdo con la psicoterapia.

Los resultados de la tabla de contingencia, se acepta con un valor menor a .05 y se rechaza con un valor mayor a .05

Para demostrar que la hipótesis es efectiva, a través del SPSS, se toma en cuenta que las acciones que los individuos tienen, es porque hay relación con la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, dando como resultado que el placer puede verse involucrado en las acciones delictivas de los menores.

En la siguiente tabla de contingencia relacionando preguntas que corresponden a ambas escalas, se puede demostrar que la conducta delictiva va ligada a no controlar las emociones, por lo tanto, el hacer las cosas sin pensarlo lleva a que quieran experimentar sensaciones poco convencionales.

Se valora los resultados obtenidos de acuerdo con el rango; .032 siendo menor y comprobándose la efectividad de las escalas.

Cuadro # 21. Resultados de acuerdo con el SPSS.

Hago las cosas sin pensarlos. * He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones.

Tabla de contingencia

| Recuento | | He probado o me gustaría probar alguna droga que produce alucinaciones. | | Total |
|-------------------------------|------------------------|---|----|-------|
| | | Sí | No | |
| Hago las cosas sin pensarlos. | Nunca | 3 | 1 | 4 |
| | Ocasionalmente | 0 | 2 | 2 |
| | A menudo | 0 | 3 | 3 |
| | siempre o casi siempre | 0 | 4 | 4 |
| Total | | 3 | 10 | 13 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 8.775 ^a | 3 | .032 |
| Razón de verosimilitudes | 9.547 | 3 | .023 |
| Asociación lineal por lineal | 5.760 | 1 | .016 |
| N de casos válidos | 13 | | |

a. 8 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .46.

Actúo impulsivamente. * Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos.

Tabla de contingencia

| Recuento | | Algunas veces me gusta hacer cosas que impliquen pequeños sobresaltos. | | Total |
|-----------------------|------------------------|--|----|-------|
| | | Sí | No | |
| Actúo impulsivamente. | Nunca | 1 | 0 | 1 |
| | Ocasionalmente | 3 | 0 | 3 |
| | A menudo | 3 | 0 | 3 |
| | siempre o casi siempre | 0 | 6 | 6 |
| Total | | 7 | 6 | 13 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 13.000 ^a | 3 | .005 |
| Razón de verosimilitudes | 17.945 | 3 | .000 |
| Asociación lineal por lineal | 8.816 | 1 | .003 |
| N de casos válidos | 13 | | |

a. 8 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .46.

Resuelvo mis problemas experimentando. * Me gustan las fiestas desenfundadas y desinhibidas.

Tabla de contingencia

| Recuento | | Me gustan las fiestas desenfundadas y desinhibidas. | | Total |
|--|------------------------|---|----|-------|
| | | Sí | No | |
| Resuelvo mis problemas experimentando. | Nunca | 2 | 0 | 2 |
| | Ocasionalmente | 3 | 0 | 3 |
| | A menudo | 3 | 0 | 3 |
| | siempre o casi siempre | 0 | 5 | 5 |
| Total | | 8 | 5 | 13 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|---------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 13.000 ^a | 3 | .005 |
| Razón de verosimilitudes | 17.323 | 3 | .001 |
| Asociación lineal por lineal | 8.272 | 1 | .004 |
| N de casos válidos | 13 | | |

a. 8 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .77.

Mis pensamientos pueden tener gran velocidad. * He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo.

Tabla de contingencia

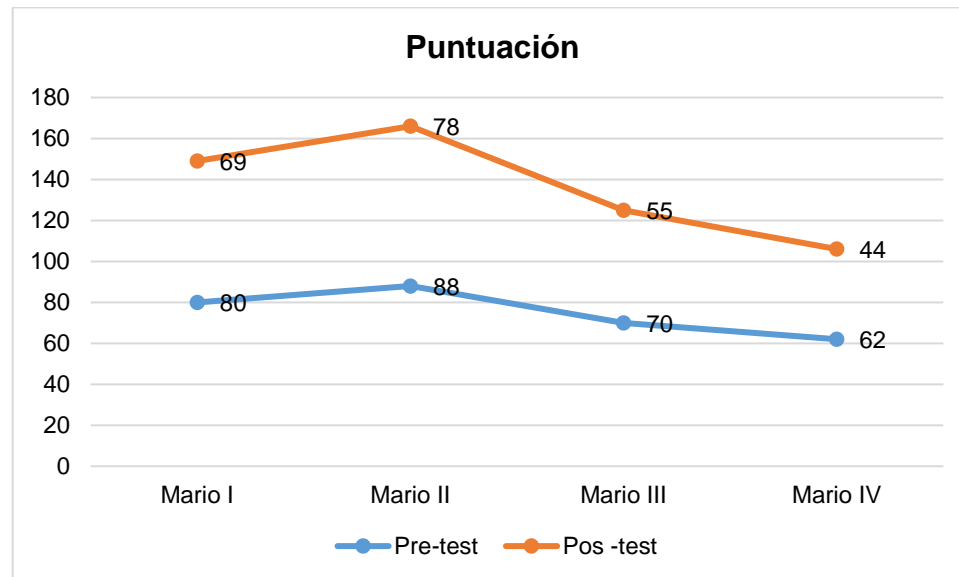
| Recuento | | He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo. | | Total |
|---|------------------------|--|----|-------|
| | | Sí | No | |
| Mis pensamientos pueden tener gran velocidad. | Ocasionalmente | 2 | 0 | 2 |
| | A menudo | 4 | 0 | 4 |
| | siempre o casi siempre | 2 | 5 | 7 |
| Total | | 8 | 5 | 13 |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | gl | Sig. asintótica (bilateral) |
|------------------------------|--------------------|----|-----------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 6.964 ^a | 2 | .031 |
| Razón de verosimilitudes | 8.947 | 2 | .011 |
| Asociación lineal por lineal | 5.217 | 1 | .022 |
| N de casos válidos | 13 | | |

a. 6 casillas (100.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .77.

Gráfica # 11. Resultados Pre – y Pos test de la escala de impulsividad de Barratt



Fuente: Vega, 2018.

En la Gráfica # 11 se puede observar los puntajes obtenidos en las aplicaciones de las escalas de impulsividad de Barratt, antes y después de la intervención. En ésta se puede observar que, en la primera aplicación, Mario I obtuvo 80 puntos (impulsividad alta) y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 69 (se considera dentro del rango donde puede manejar de manera adecuada su impulsividad al momento de actuar), obteniendo una disminución de 11 puntos.

Mario II obtuvo una puntuación en la primera aplicación de 88 puntos (impulsividad alta) y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 78 (se considera de igual manera impulsividad alta), obteniendo una disminución de 10 puntos. Se hace la salvedad que con el paciente n° 2 se requiere trabajar mayor tiempo sesiones terapéuticas por su historial delictivo.

Mario III se puede observar que, en la primera aplicación, obtuvo 70 puntos (impulsividad alta) y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 55 (se considera

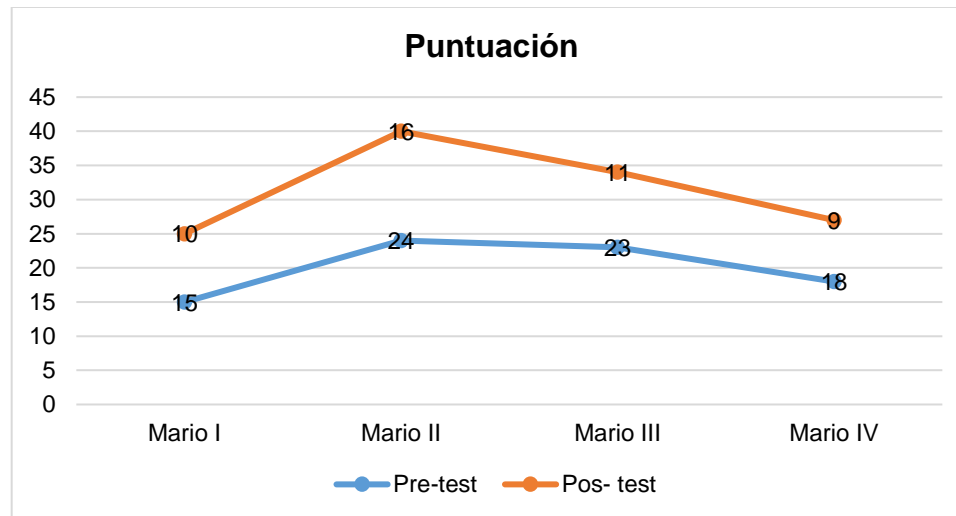
dentro del rango donde puede manejar de manera adecuada su impulsividad al momento de actuar), obteniendo una disminución de 15 puntos.

Mario IV se puede observar que, en la primera aplicación, obtuvo 62 puntos (considerada una impulsividad que puede ser manejada por el paciente) y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 44 (reduciendo niveles de actuaciones impulsivas), obteniendo una disminución de 18 puntos.

Cabe señalar que, en la primera evaluación, Mario I-II manifestaron ser unas personas que actúan de manera impulsiva la mayor parte del tiempo, y como resultado de ellos, permanezcan castigados sin participar en actividades realizadas dentro del centro; Mario III-IV a diferencia de los dos primeros se consideran tener un carácter pasivo- impulsivo donde indican que cuando se enojan pierden el control de sus impulsos, pero no lo hacen a menudo, tienen la oportunidad de participar en actividades dentro del centro.

Después de participar en el programa de intervención psicoterapéutico del control de los impulsos Mario I-II han tenido un avance significativo en cuanto a su comportamiento, indicando se sienten emocionalmente tranquilo, contentos ya que en ocasiones participan en actividades donde antes no lo hacían (en ocasiones salen al huerto hacer limpiezas, alimentar a los animales que tienen allí “gallinas”). Mario III-IV continúan participando en actividades teniendo un mejor comportamiento, mencionan practicar técnicas trabajadas en sesión cuando se sienten molestos. Emocionalmente se sienten contentos porque se han percibidos sus avances con el personal dentro del centro.

Gráfica # 12. resultados pre – y pos test de la escala de búsqueda de sensaciones (forma v).



Fuente: Vega, 2018.

En la Gráfica # 12 se puede observar los puntajes obtenidos en las aplicaciones de las escalas de Búsqueda de sensaciones, antes y después de la intervención. En ésta se puede observar que, en la primera aplicación, Mario I obtuvo 15 puntos (considerado dentro del rango promedio para experimentar situaciones nuevas) y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 10, obteniendo una disminución de 5 puntos. Se hizo la salvedad que los participantes obtuvieron bajos porcentajes de acuerdo a la escala de búsqueda de sensaciones ya que realizar y experimentar nuevas experiencias no lo hacen como forma para sentir placer de manera única. Mario II obtuvo una puntuación en la primera aplicación de 24 puntos y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 16, obteniendo una disminución de 8 puntos.

Mario III se puede observar que, en la primera aplicación, obtuvo 23 puntos y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 11, obteniendo una disminución de 12 puntos.

Mario IV se puede observar que, en la primera aplicación, obtuvo 18 puntos y al finalizar se logró ubicar en un puntaje de 9, obteniendo una disminución de 9 puntos.

CONCLUSIONES

La impulsividad se considera es la manera de actuar de manera precipitada y responder al estímulo, siendo así la emisión de la conducta; los jóvenes en riesgo social presentan dificultad en mantener la atención donde el área cognitiva se ve afectada.

Los factores emocionales son pilares importantes en la vida de cada joven, si existe una escasa o ausencia supervisión de una figura de autoridad con lleva a que vayan adentrándose a acciones delictivas ya que están en busca de atención y necesidades afectivas. La dinámica familiar bien estructurada juega un rol importante siendo así favorable o desfavorable para quien conviva en ella.

La violencia, el uso de sustancias psicoactivas, las carencias afectivas, abandono por parte de las figuras parentales, el entorno donde se desenvuelve, la deserción escolar, factores económicos considerándolo desde el enfoque psicológico son los componentes propios para que estos jóvenes desde temprana edad tomaran la decisión de adentrarse a grupos delictivos.

Es por ello que el estudio de investigación se concentra en trabajar rasgos de impulsividad en individuos que presentan trastornos de conducta como tal, identificadas en el manual de los criterios diagnósticos DSM-5.

- El primer objetivo específico hace referencia a identificar los diferentes tipos de impulsividad que son emitidas por los jóvenes sujetos a estudio a su vez según la escala de impulsividad de Barratt el rasgo que predomina siendo así el objetivo 3, de acuerdo a los resultados la impulsividad motora, conjunto con la impulsividad no planeada son los rasgos que tienen mayor predominio, ya que los sujetos no miden el peligro ni las consecuencias de los actos que emiten por conseguir algún beneficio propio; relacionándolo

con los resultados de las entrevistas y el inventario de personalidad para adolescentes, la personalidad, el pobre manejo de las emociones, la baja autoestima que reflejaron conlleva a que formen lazos fuertes para con los participantes de grupos de pandillas.

- La impulsividad debe ser planteada para realizar un análisis en cuanto a la conducta y los resultados que trae consigo y brindar las adecuaciones pertinentes para mejorar el acto; ya que está asociado a la incapacidad que tiene el sujeto y la ineficiencia considerada el tipo de impulsividad disfuncional. La impulsividad disfuncional en esta población es la más predominante ya que han tenido consecuencias negativas para sus vidas, si la acción afecta la integridad de la persona o hacia algún objeto es considerada desfavorable para quien lo practica. Se ve reflejado la afectación a nivel cognitivo como conductual, predisponiendo sentimientos y desconfianza hacia las demás personas y suelen ser manifestadas a través de la ira.
- En el segundo objetivo específico los sujetos en estudio cumplen con los criterios diagnósticos desde el inicio de la infancia-adolescencia para emitir conductas delictivas, es por ello forman parte de la población con trastorno de conducta.
- El cuarto objetivo específico, los resultados arrojan que existe una relación entre la escala de impulsividad de Barratt con la búsqueda de sensaciones donde está asociada a que los menores sienten y buscan una gratificación de manera inmediata cuando ejecutan alguna acción delictiva, no obstante, la impulsividad tiene mayor predominio porque hay poco control de las emociones.

- Los resultados en cuanto al pre y pos test reflejan que la población sujeta a psicoterapia puede llegar a tener eficacia relacionado con el tratamiento: en este caso debido al historial delictivo de los sujetos en estudio de los 4 dos se pudo apreciar y valorar avances significativos en relación con la terapia, con los dos restantes su disposición e historial va influenciar en modo de respuesta y los resultados, por ello se considera que los sujetos que con el post test obtuvieron de igual manera porcentajes altos se deben tomar mayor tiempo en cuanto a la ejecución de las terapias.
- Las técnicas de las terapias cognitivas conductuales junto con la de tercera generación siendo así la terapia de aceptación y compromiso plantea métodos para modificar conductas propias y pueden ser eficiente si son bien manejadas y se debe valorar la disposición que tiene el sujeto al cambio.
- El sexto objetivo específico se evaluarán los resultados que se obtuvieron de acuerdo a las escalas de Barratt y búsqueda de sensaciones de Zuckerman mencionado anterior mente que presentan relación en cuanto al manejo de conducta; si bien es cierto esta población busca subsanar aquellos traumas que vienen desde la infancia y la influencia de sus pares juega el papel importante para que se adentren a grupos delictivos y tengan problemas con la ley.
- Las terapias cognitivas tienen técnicas de modificaciones de conducta, el trabajar con los pensamientos irracionales basadas en el modelo de terapia de Aron Beck ayudan a que el propio paciente pueda identificar aquellos factores que pueden estar influenciando en su conducta, las creencias que tienen de sí mismo, los demás y el mundo, el brindar de estrategias para que después finalizada la terapia continúen trabajando e identificando de

las situaciones que pueden afectar el estado de ánimo son herramientas que tiene el modelo de terapia cognitiva conductual.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones

El estudio de investigación llevado a cabo en el centro de custodia y cumplimiento Aurelio Granados Hijo presentó limitaciones con respecto a la aplicación y proceso de sesiones terapéuticas:

Por falta de personal dentro de la institución al momento de la aplicación de las escalas a la totalidad de la población que cumplen con los criterios de inclusión, tuvo que ser dividida por pequeños grupos ya que existen rivalidades entre los adolescentes reclusos.

Al momento de obtener los resultados, no se logró trabajar con toda la población por faltas de recursos dentro del Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo. Por ello se eligieron 4 casos con mayor predominio del rasgo de impulsividad.

Durante las sesiones llevadas a cabo con los 4 participantes, los mismos se limitaban en cuanto a la ejecución de actividades y diálogo porque dentro de las sesiones debía estar presente una custodia por seguridad dentro de la institución.

Factores externos (ruidos, distracción, entre otros), influían para llevar a cabo técnicas terapéuticas.

En ocasiones el jefe encargado de autorizar la salida de los jóvenes a participar en terapia daba indicaciones donde no había la posibilidad de trabajar con los mismos por situaciones donde estaban involucrados (requisas, conflictos entre ellos).

Recomendaciones

El incremento de actos delictivos en Panamá, se ha visto reflejado con las estadísticas de aumento de adolescentes jóvenes que se adentran a grupos delictivos desde temprana edad; en el Centro De Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo la población reclusa requiere que se implementen programas terapéuticos donde los involucren para la participación y ayuda en base a técnicas que sean factibles para que posteriormente puedan resocializarse en la sociedad.

Enfocados en la población se requiere continuar trabajando atenciones individuales con los participantes ya que la pérdida de las emociones específicamente la impulsividad es un proceso que requiere de mayor tiempo, de igual manera es importante incluir a los demás participantes que no participaron en el plan terapéutico porque se considera importante trabajar su área emocional y a su vez la modificación conductual.

Por su parte el predominio en cuanto a la impulsividad motora hace que los adolescentes actúen y cometan acciones que en muchas ocasiones es irreparables:

- ✚ Es necesario crear programas de relajación, meditación que ayuden a esta población a controlar sus impulsos.
- ✚ Si bien es cierto presentan trastornos de conducta, se recomienda que estos jóvenes se le asignen actividades dentro de la institución para que se mantengan ocupados y puedan sentirse que son capaces de hacer lo que se le asigne.
- ✚ De acuerdo con los resultados arrojados en los post test, es necesario continuar trabajando con los jóvenes que aún se mantienen con puntaje alto en las escalas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Baztán, Á. (01 de enero de 1994). Psicología de la Adolescencia.

Ander- Egg, E. (2016). Diccionario de Psicología. Argentina: Brujas.

Barrantes E, R. (2016). Investigación: Un camino al conocimiento, un enfoque cualitativo, cuantitativo, mixto. Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia (EUNED).

Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). Terapia Cognitiva de la depresión. España: Desclée de Brower S.A.

Beck, J. S. (1995). Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Celma, J. (2015). Bases teóricas y clínica del comportamiento impulsivo. España, Barcelona: Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent.

Folino, J. O., Escobar C, F., & Castillo, J. (01 de enero de 2009). Exploración de la validez de la escala de impulsividad de Barratt (Bis 11) en la población carcelaria Argentina.

Firegoba, A. (2018). La teoría factorial-biológica de la personalidad de Jeffrey Gray.

Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación, sexta edición. México, DF: mcgraw-hill / interamericana editores, s.a. de c.v.

Linares Insa, L., & Benedicto Monleón, M. A. (01 de enero de 2006). El Grupo de Iguales como contexto de la inadaptación.

Marín Sánchez, M., & Troyano Rodríguez, Y. (2012). Psicología Social De los Procesos Grupales.

Paez, F., Jimenez, A., López, A., Raull, J., Ortega, H., & Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. Salud Mental, 3.

Riso, W. (2006). Terapia Cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá, Colombia: Norma.

Roca, B. M., & al, e. (2010). Trastornos de la Personalidad. España: Lexus.

Sánchez, J. C. (01 de enero de 2014). Psicología de los grupos: teorías, procesos y aplicaciones.

Stoff, D., & al, e. (2002). Conducta antisocial: causas, evaluación y tratamiento. Biblioteca de psicología. México: OXFORD university Press.

Suárez, R., Miguens, M., Ortega, N., & Pérez, V. (2015). Psicología del Aprendizaje. Madrid: UNED.

Vallejo, M. (2015). Manual de Terapia de Conducta, Tomo I. Madrid, España:
DYKINSON.

INFOGRAFÍA

ADC-Ulacit. (8 de junio de 2012). Delincuencia Juvenil en Panamá.

Alarcón, P., Pérez, R., Wenger, L., Salvo, S., & Chesta, S. (01 de 2018). Personalidad y gravedad delictiva en adolescentes con conducta antisocial persistente. Obtenido de Revista Iberoamericana de Psicología y Salud: <http://www.rips.cop.es/pdf/art152018e15.pdf>

Alda, J. E. (2009). Trastornos del comportamiento en la infancia y la adolescencia: ¿qué está sucediendo? Obtenido de Faros. https://faros.hsjdbcn.org/adjuntos/341.1-Faros_3_cast.pdf

Amaro, P. F., & Sais, M. (2007-2009). Trastorno de Conducta. Obtenido de paidopsiquiatria: http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastorno_Conducta_0_07-09_M5.pdf

Batlle, S. (2007- 2008). Trastornos del control de los impulsos. Obtenido de paidopsiquiatria. <http://www.paidopsiquiatria.cat/files/impulsividad.pdf>

Carrillo, E. (22 de Febrero de 2013). Adolescencia Antisocial. Obtenido de: <https://adolescenciaantisocial.blogspot.com/2013/02/origen-de-las-conductas-antisociales.html>

Chico, E. (2000). Relación entre la impulsividad funcional y disfuncional y los rasgos de personalidad. Obtenido de raco.cat:

<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61441/88393>

Coello, D. (2017). "Terapia Grupal, con enfoque cognitivo conductual para el control de los impulsos en adolescentes que presentan consumo de sustancias psicoactivas". Obtenido de dspace: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/7297>

Corbí Gran, B., & Pérez Nieto, M. Á. (2015). Relación entre impulsividad y ansiedad en los adolescentes. Obtenido de Reme: <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article8/article8.pdf>

Coriat, A. (02 de 01 de 2017). Las pandillas, los carteles y su relación con otros grupos. Obtenido de la Estrella de Panamá: <http://laestrella.com.pa/panama/nacional/pandillas-carteles-relacion-otros-grupos/23979024>

Cruz Pérez, B., & Montiel Rodríguez, D. (01 de 01 de 2014). Análisis de las conductas consideradas como parte del trastorno de personalidad antisocial: una mirada desde la Teoría Gestalt. Obtenido de revista digital universitaria UNAM: <http://www.revista.unam.mx/vol.15/num1/art03/art03.pdf>

De la Peña, F., & Palacio, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. Obtenido de scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000500005

De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., & Rodríguez de Fonseca, F. (septiembre de 2013). La Impulsividad: ¿antesala de las adicciones comportamentales? Redalyc, 145-155. Obtenido de redalyc.

Enrique, C. L., Benitez, E., & Ontiveros, M. (marzo- abril de 2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. Obtenido de Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000200004

Fernández, M. E. (2005). Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección. Obtenido de Pdf ucm.es.

Garay, C., Korman, G., & Keegan, E. (2015). Terapia cognitiva basada en atención plena (mindfulness) y la «tercera ola» en terapias cognitivo-conductuales. Obtenido de researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Cristian_Garay/publication/281519109_MindfulnessBased_Cognitive_Therapy_MBCT_and_the_'Third_Wave'_of_Cognitive-Behavioral_Therapies_CBT/links/55fb1bad08aec948c4afaa69.pdf

Gratacós, M. (s.f.). Corteza prefrontal: anatomía, funciones y trastornos asociados. Obtenido, Lifeder.: <https://www.lifeder.com/corteza-prefrontal/>

Gutiérrez, J. d. (2013). La Impulsividad: ¿Antesala De Las Adicciones Comportamentales? Obtenido de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/html/839/83929573007/>

Haro, G. y. (2004). Revisión histórica de la impulsividad desde una perspectiva artística, filosófica y psicopatológica. Obtenido de medigraphic.com: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2004/sam046d.pdf>

Hernández, M. A. (mayo de 2010). Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso. Obtenido de amapsi: <https://amapsi.org/Imagenes/TratamientoCognitivoDepresion.pdf>

Korman, G. P. (2011). Bases teóricas en la conformación de la terapia cognitiva en la Argentina. *redalyc*, 115- 122.

Lewis, P. (mayo de 2013). Concepto de grupo y psicología social, concepto, diferencias, razones y tipos de grupos. Obtenido de <http://liderazgoycomporta.blogspot.com>:<http://liderazgoycomporta.blogspot.com/2013/05/concepto-de-grupo-y-psicologia-social.html>

López, M. E. (26 de agosto de 2014). Que la impulsividad no sea pan de cada día. *El Tiempo*, pág. 1.

M. T. Ledo-Varela, J. M.-A. (2007). El complejo amigdalino humano y su implicación en los trastornos psiquiátricos. *scielo*, 61-74.

Márquez, M. (2016). Tendencias actuales en intervención psicológica . España: Síntesis S.A.

Medina, A., & Moreno, M. J. (2-3 de octubre de 2015). Los trastornos del control de los impulsos y las psicopatías: psiquiatría y ley. Obtenido de *fepsm*:

http://www.fepsm.org/files/publicaciones/Los_trastornos_del_control_de_los_impulsos_y_las_psicopat%C3%ADas.pdf

Medina, A., Moreno, J., & al., e. (2017). Madrid: Editado por psiquiatria.com.

Mireia, L. (02 de agosto de 2012). Demostrado: los niños aprenden a ser violentos de los adultos. Obtenido de bebesymas: <https://www.bebesymas.com/educacion-infantil/demostrado-los-ninos-aprenden-a-ser-violentos-de-los-adultos>

Mobilli Rojas, A., & Rojas Malpica, C. (2006). Aproximación al adolescente con trastorno de conducta disocial: investigacion a la salud. Obtenido de redalyc: <http://www.redalyc.org/html/142/14280212/>

Montaño, M., & al., e. (22 de noviembre de 2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición phsycología. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>

Morales Vives, F. (2008). El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes . Obtenido de dialnet.unirioja.es: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=8244>

Moreno, L. (31 de 01 de 2016). La conducta antisocial a partir del autocontrol y la influencia de los amigos. Obtenido de cdeunodc: http://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/articulos/doc/tesis6_LuzMoreno.pdf

Narváez, D., & Caro, E. (2015). Impulsividad funcional y disfuncional en adolescentes consumidores de alcohol. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24.

Osorio, F., & Pereira, F. (2011). Hacia un modelo de educación para el emprendimiento: una mirada desde la teoría social cognitiva. Obtenido de Redalyc, 13-33.

Palomo, T., & Jiménez, M. (2009). Manual de psiquiatría. Obtenido de: psicovalero. <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-psiquiatria.pdf>

Pedrero, E. (18 de 07 de 2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman Obtenido de psicothema.: <http://www.psicothema.com/pdf/3675.pdf>

Pelaz, A. (05 de febrero de 2016). Salud mental: qué y cuándo derivar y contener. Trastornos de conducta. Obtenido de aepap.org: https://www.aepap.org/sites/default/files/3s.1_salud_mental_que_y_cuando_derivar.pdf

Ponce, K. (21 de septiembre de 2016). Recomiendan crear políticas integrales para reducir la delincuencia juvenil. (C. J. Pascual, Entrevistador)

Quintero, P. J. (24 de 10 de 2012). Abrazando tus demonios: Un panorama de la Terapia de Aceptación y Compromiso. Obtenido de contextualscience: https://contextualscience.org/abrazando_tus_demonios_un_panorama_de_la_terapia_d

Rebolledo, N. (2015). Estudios de casos en pacientes con trastornos de personalidad antisocial para tratar la impulsividad desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad. Obtenido de dspace: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/4955>

Riaño, D., Guillén, A., & Buela, G. (20 de 07 de 2015). Conceptualización y evaluación de la impulsividad en los adolescentes: una revisión sistemática: Obtenido de scielo. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a24.pdf>

Rodriguez, H. P. (2017). Trastornos del comportamiento. Obtenido de adolescenciasema. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/pediatrica%20integral/Trastornos%20del%20comportamiento.pdf>

Rodríguez, J. A. (01 de mayo de 2014). Un análisis de la relación entre grupo de amigos, edad y conducta antisocial: delimitando diferencias de género. Obtenido de amazonaws.

Rodriguez, J. A. (16 de Septiembre de 2016). Comunidad y delincuencia juvenil: El rol mediador de la familia y grupos de iguales. Obtenido de Dialnet: <dialnet-comunidadydelincuenciajuvenil-5835507.pdf>

Ruiz, C. (octubre de 2011). Introducción a la terapia cognitiva conductual. Obtenido de academia: <https://www.academia.cat/files/425-3832-DOCUMENT/Ruiz-42-17Oct12.pdf>

Sánchez, P., Giraldo, J., & Quiroz, M. (2013). Impulsividad: una visión desde la neurociencia del comportamiento y la psicología del desarrollo. Obtenido de scielo.: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n1/v31n1a19.pdf>

Squillace, M., & al., e. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 8-18.

Tapias, A. (junio de 2016). Relación entre impulsividad, afrontamiento y toma de decisiones. Obtenido: <http://repository.usta.edu.co/handle/11634/2605>

Treviño, J., & Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: Centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 610- 635.

Triglia, A. (2018). La teoría de B. F. Skinner y el conductismo. Obtenido de psicologiaymente: <https://psicologiaymente.com/psicologia/teoria-bf-skinner-conductismo>

Trillo Moreiro, V. (6 de 02 de 2012). Grupo de amigos, género y delincuencia juvenil. Obtenido de Universidad de santiago de compostela (USC): <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/3660>

Anexo # 1

Escala de impulsividad de Barratt

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRATT (BIS-11)

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha de aplicación: _____

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir alguna de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda de manera rápida y honestamente. Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis.

| | Raramente o Nunca (0) | Ocasionalmente (1) | A Menudo (3) | Siempre o casi siempre (4) |
|--|--------------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 1. Planifico mis tareas con cuidado. | | | | |
| 2. Hago las cosas sin pensarlo. | | | | |
| 3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad). | | | | |
| 4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente). | | | | |
| 5. Planifico mis viajes con antelación. | | | | |
| 6. Soy una persona con autocontrol. | | | | |
| 7. Me concentro con facilidad. | | | | |
| 8. Ahorro con regularidad. | | | | |
| 9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo. | | | | |
| 10. Pienso las cosas cuidadosamente. | | | | |
| 11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos). | | | | |
| 12. Digo las cosas sin pensarlas. | | | | |
| 13. Me gusta pensar sobre problemas complicados. | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| 14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo lugar de trabajo por largos periodos de tiempo). | | | | |
| 15. Actúo impulsivamente. | | | | |
| 16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo). | | | | |
| 17. Visito al médico y al dentista con regularidad. | | | | |
| 18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren. | | | | |
| 19. Soy una persona que piensa, sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo.) | | | | |
| 20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo lugar por mucho tiempo). | | | | |
| 21. Compró cosas impulsivamente. | | | | |
| 22. Yo termino lo que pienso. | | | | |
| 23. Camino y me muevo con rapidez. | | | | |
| 24. Resuelvo mis problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona). | | | | |
| 25. Gasto dinero, más de lo que gano. | | | | |
| 26. Hablo rápido. | | | | |
| 27. Tengo pensamientos extraños, cuando estoy pensando. | | | | |
| 28. Me interesa más el presente que el futuro. | | | | |
| 29. Me siento inquieto en las clases/ charlas (me siento inquieto si tengo que oír a alguien hablar por un periodo largo de tiempo). | | | | |
| 30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente). | | | | |

Anexo # 2

Escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman

Escala De Búsquedas De Sensaciones (Forma V)

| | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. A menudo desearía ser un escalador de montaña. | | |
| 2. Me gustan algunos olores corporales. | | |
| 3. Me gustan las fiestas desenfundadas y desinhibidas. | | |
| 4. No puedo permanecer en el cine cuando he visto la película | | |
| 5. Algunas veces me gusta hacer cosas que implique sobresaltos. | | |
| 6. Me gusta explorar una ciudad o barrio desconocido aunque pueda perderme. | | |
| 7. Me gusta la compañía de personas liberadas que practican el cambio de pareja. | | |
| 8. Me aburro de ver las mismas caras siempre. | | |
| 9. Me gustaría practicar el esquí acuático. | | |
| 10. He probado marihuana u otras hierbas o me gustaría hacerlo. | | |
| 11. A menudo me gusta ir colocado (bebiendo alcohol o fumando hierba) | | |
| 12. Cuando puedes predecir casi todo lo que va a decir o hacer una persona, puedes considerarla como una persona aburrida. | | |
| 13. Me gustaría practicar el wind-surfing | | |
| 14. He probado o me gustaría probar alguna droga que produzca alucinaciones | | |
| 15. Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes aunque sea poco convencionales o incluso ilegales. | | |
| 16. Generalmente no me divierten las películas o juegos en lo que puedo predecir de ante mano lo que va a suceder. | | |
| 17. Me gustaría aprender a volar en avioneta. | | |
| 18. Me gusta probar comidas nuevas que no he probado antes. | | |
| 19. Me gusta salir con personas del sexo opuesto que sean físicamente excitantes. | | |
| 20. Ver películas o diapositivas de viajes en casa de alguien me aburre tremendamente. | | |
| 21. Me gustaría practicar el submarinismo. | | |
| 22. Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración y su itinerario. | | |
| 23. Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta. | | |
| 24. Prefiero los amigos que son impredecibles. | | |
| 25. Me gustaría a probar lanzarme en paracaídas. | | |

| | | |
|--|--|--|
| 26. Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales. | | |
| 27. Una persona debería de tener considerable experiencia sexual antes del matrimonio. | | |
| 28. Me siento intranquilo sino me puedo mover alrededor de la casa durante un largo periodo de tiempo. | | |
| 29. Me gusta saltar desde trampolines altos en piscinas. | | |
| 30. Me gustaría conocer personas que son homosexuales (hombres o mujeres). | | |
| 31. Me imagino buscando placeres alrededor del mundo con la jet-set. | | |
| 32. El peor pecado social es ser un aburrido. | | |
| 33. Me gustaría recorrer una gran distancia en un pequeño velero. | | |
| 34. Frecuentemente encuentro preciosos los colores chocantes, y las formas irregulares de las pinturas modernas. | | |
| 35. Me gusta ver las escenas sexys de las películas. | | |
| 36. Me gusta la gente aguda e ingeniosa aunque a veces ofenda a otro. | | |
| 37. Me gustaría la sensación de bajar esquiando muy rápido por la pendiente de una gran montaña. | | |
| 38. La gente puede vestirse como quiera aunque sea de una forma extravagante. | | |
| 39. Me siento muy bien después de tomarme unas copas de alcohol. | | |
| 40. No tengo paciencia con las personas grises y aburridas. | | |

Anexo # 3

Hojas de evaluación del MMPI- Adolescentes

Cuadernillo del MMPI-A

| | |
|---|--|
| 1 Me gustan las revistas de mecánica | 31 Jamás tuve problemas por mi conducta sexual. |
| 2 Tengo buen apetito | 32 Algunas veces robé cosas. |
| 3 Generalmente me despierto fresco y descansado por las mañanas. | 33 Me da miedo ir a la escuela. |
| 4 Raramente me preocupo por mi salud | 34 A veces siento ganas de romper cosas. |
| 5 Los ruidos me despiertan con facilidad. | 35 He tenido épocas (días, semanas, o meses) en los que me era imposible ocuparme de lo que tenía que hacer. |
| 6 Mi padre es un buen hombre,(o lo fué si falleció) | 36 Duermo mal. |
| 7 Me gusta leer las noticias sobre crímenes en el diario . | 37 Muchas veces siento que mi cabeza me duele por todos lados. |
| 8 Casi siempre, mis pies y mis manos , están normalmente calientes. | 38 Algunas veces miento. |
| 9 Mi vida diaria está ocupada por cosas que me interesan. | 39 Si la gente no se la hubiera tomado conmigo, me hubiese ido mejor. |
| 10 Soy ahora tan capaz para trabajar como lo he sido siempre. | 40 Mi capacidad para pensar está mejor que nunca. |
| 11 La mayor parte del tiempo siento como un nudo en la garganta. | 41 Una vez a la semana, o más seguido, siento calores sin motivos aparentes. |
| 12 Mis profesores se la toman conmigo. | 42 Mi salud física es tan buena como la del resto de mis amigos. |
| 13 Me gustan las novelas de misterio. | 43 Si me encuentro con gente que hace mucho que no veo, trato de pasar desapercibido, a menos que me dirijan la palabra. |
| 14 Trabajo muy tensionado. | 44 Casi nunca siento dolores en el pecho o en la espalda. |
| 15 De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas como para hablar de ellas. | 45 La mayor parte del tiempo prefiero sentarme y soñar despierto antes que hacer cualquier cosa. |
| 16 Estoy seguro de que la vida me trata mal. | 46 Soy una persona muy sociable. |
| 17 Sufro ataques de náuseas y vómitos. | 47 A menudo tuve que cumplir órdenes de personas que sabían menos que yo. |
| 18 Rara vez tengo problemas de constipación (sequedad de vientre). | 48 Casi nunca leo los editoriales de los diarios. |
| 19 A veces deseéirme de mi casa. | 49 Mi forma de vida ha sido poco correcta. |
| 20 Nadie parece comprenderme. | 50 A menudo siento que algunas partes de mi cuerpo, se calientan tiemblan o se duermen. |
| 21 A veces tengo ataques de risa y llanto que no puedo controlar. | 51 A mi familia le desagradan mis proyectos de trabajo. |
| 22 Algunas veces me siento poseído por malos espíritus. | 52 Algunas veces insisto con algo hasta que la otra persona pierde la paciencia. |
| 23 Creo que es mejor mantenerme callado cuando me meto en líos. | 53 Quisiera ser tan feliz como parecen serlo los demás. |
| 24 Si alguien me hace algo malo, creo que debo pagar con la misma moneda, por cuestiones de principios. | 54 Pocas veces siento dolor en la nuca. |
| 25 Varias veces a la semana tengo molestias en el estómago. | 55 Pienso que mucha gente exagera sus problemas para que los demás se compadezcan y la ayuden. |
| 26 A veces tengo ganas de decir malas palabras. | 56 Tengo molestias en la boca del estómago bastante seguido. |
| 27 Trato de evitar una crisis o dificultad. | 57 A mis padres les desagradan mis amigos. |
| 28 Me cuesta concentrarme en una tarea. | 58 Soy una persona importante. |
| 29 He tenido experiencias peculiares y extrañas. | 59 Hubiera deseado ser mujer, (o si usted es mujer: me gusta ser mujer). |
| 30 A veces tomo laxantes para no engordar. | 60 Es difícil que hieran mis sentimientos. |

| | |
|--|---|
| 61 Me gusta leer novelas románticas. | 91 Soy feliz la mayor parte del tiempo. |
| 62 La mayor parte del tiempo me siento triste. | 92 Veo cosas, animales o personas a mi alrededor, que otros no ven. |
| 63 Sería mejor vivir sin leyes. | 93 Muchas veces tengo la sensación que mi cabeza o nariz están completamente tapadas. |
| 64 Me gusta la poesía. | 94 Hay personas tan autoritarias, que siento ganas de hacer lo contrario de lo que piden, aunque sepa que tienen razón. |
| 65 A veces molesto a los animales. | 95 Alguién me la tiene jurada. |
| 66 Pienso que me gustaría ser guardabosques. | 96 Nunca hice nada peligroso sólo por el placer de hacerlo. |
| 67 Generalmente salgo perdiendo cuando me pongo a discutir. | 97 A menudo siento como si una faja me apretara la cabeza. |
| 68 En esta época es difícil tener esperanzas. | 98 Algunas veces me pongo furioso. |
| 69 Ir al colegio es perder el tiempo. | 99 Disfruto más una carrera o un partido cuando apuesto. |
| 70 Me falta confianza en mí mismo. | 100 La mayoría de la gente es honesta porque tienen miedo que los pezuquen. |
| 71 Creo que vale la pena vivir. | 101 Me enviaron a la dirección del colegio por mal comportamiento |
| 72 Cuesta mucho convencer a la gente de la verdad. | 102 Mi manera de hablar es siempre la misma, (ni más rápida, ni más lenta, ni más confusa o ronca). |
| 73 De vez en cuando dejo para mañana lo que tendría que hacer hoy. | 103 Mis modales en la mesa son mejores, cuando salgo con otros que cuando estoy en casa. |
| 74 Calgo bien a la gente que me conoce. | 104 Cualquiera que sea capaz y voluntarioso para trabajar duro, tiene posibilidades de triunfar. |
| 75 Me importa poco que me "carguen". | 105 Soy capaz y talentoso como la mayoría de los que me rodean. |
| 76 Me gustaría ser enfermero. | 106 Tengo muchos problemas de estómago. |
| 77 Creo que la mayor parte de la gente miente con tal de conseguir algo. | 107 La mayoría de la gente está dispuesta a utilizar medios incorrectos para lograr lo que quiere. |
| 78 Hago cosas de las que me arrepiento después. | 108 A veces para no aumentar de peso, me provocho vómitos después de comer. |
| 79 Peleo poco con mi familia. | 109 Se quién es el responsable de la mayoría de mis problemas. |
| 80 En la escuela me han suspendido algunas veces por portarme mal. | 110 Ver sangre no me asusta ni me provoca malestar. |
| 81 A veces siento ganas de hacer algo dañino o chocante. | 111 A menudo puedo entender, porque estuve muy irritable y quejoso. |
| 82 Me gusta ir a divertirme a fiestas y lugares ruidosos. | 112 Me preocupa poco la posibilidad de contagiarme enfermedades. |
| 83 He enfrentado problemas con tantas soluciones posibles, que me fué difícil decidirme. | 113 Nunca vomité ni escupí sangre. |
| 84 Las mujeres deben tener tanta libertad sexual como los hombres. | 114 Me gusta juntar flores o tener plantas en casa. |
| 85 Las peores peleas las tengo conmigo mismo. | 115 Muchas veces me veo en la necesidad de defender lo que considero correcto. |
| 86 Yo quiero mucho a mi padre, (o lo quise, si falleció). | 116 A veces mis pensamientos corren más rápidos de lo que puedo expresarlos. |
| 87 No tengo calambres cuando me pongo a saltar o caminar. | 117 Si pudiera, sin que me vieran, entrar en un cine sin apagar, probablemente lo haría. |
| 88 Me importa poco lo que me sucede. | 118 Muchas veces me pregunto que razones ocultas puede tener una persona para hacer algo bueno para mí. |
| 89 A veces me pongo de mal humor cuando no me siento bien. | 119 Creo que mi vida familiar es tan agradable como la de la mayoría de la gente que conozco. |
| 90 Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo. | 120 Considero que debe obligarse a la gente a cumplir con las leyes. |

| | |
|--|---|
| 181 Mi familia me trata como a un nene. | 211 Mi forma de hacer las cosas suele ser mal comprendida por los demás. |
| 182 Mi madre es una buena mujer,(o lo fue si falleció). | 212 A veces incluso cuando las cosas me salen mal, y sin ninguna razón, me siento exitado, y feliz,"en la cima del mundo". |
| 183 Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las baldosas flojas de las veredas. | 213 Me parece bien que la gente trate de aprovechar todo lo que pueda conseguir en este mundo. |
| 184 En mi familia comparando, con otras hay poco amor y compañerismo. | 214 He tenido momentos en los que me quedé "en blanco", interrumpiendo mis actividades, y sin saber que ocurría a mi alrededor. |
| 185 Muchas veces estoy preocupado por algo. | 215 Mis padres no me quieren realmente. |
| 186 Creo que me gustaría trabajar como constructor. | 216 Puedo ser amigo de gente que,para mi , hace cosas incorrectas. |
| 187 Tengo un problema físico que me impide disfrutar de ciertas actividades. | 217 Me gusta estar en un grupo de gente bromista. |
| 188 Me gustan las ciencias. | 218 Tengo dificultades para empezar a hacer algo. |
| 189 Puedo pedir ayuda a mis amigos, aunque sepa que no podré devolverles el favor. | 219 Creo que soy una persona condenada. |
| 190 Me gusta mucho cazar. | 220 Soy lento para aprender en en colegio. |
| 191 Muchas veces a mis padres no le gustan mis amigos. | 221 Me molesta poco o nada no tener más "pinta". |
| 192 A veces "chusmeo" un poco. | 222 Transpiro con facilidad, incluso en días fríos. |
| 193 Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de la gente. | 223 Tengo gran confianza en mí mismo. |
| 194 Algunos de mis familiares tienen costumbres que me molestan y disgustan mucho. | 224 A veces me ha sido imposible evitar robar algo de un negocio. |
| 195 A veces siento que me es demasiado fácil tomar decisiones. | 225 Lo más seguro es no confiar en nadie. |
| 196 Casi nunca siento palpar mi corazón con fuerza ni me falta el aliento. | 226 Una vez por semana me siento muy exitado . |
| 197 Me gusta hablar sobre temas sexuales. | 227 Cuando estoy en un grupo, me cuesta pensar temas adecuados sobre los que hablar. |
| 198 Me gusta visitar lugares desconocidos. | 228 Cuando me siento "bajoneado", siempre puedo superarlo si sucede algo que me entusiasma. |
| 199 Me han orientado hacia un programa de vida basado en el deber, que yo he seguido cuidadosamente. | 229 Cuando salgo de casa nunca me preocupó porque las puertas y las ventanas queden bien cerradas. |
| 200 A veces evité que alguien hiciera algo, no porque fuera demasiado importante, sino por una cuestión de principios. | 230 Creo que mis pecados son imperdonables. |
| 201 Me enoja fácilmente pero se me pasa pronto. | 231 Tengo adormecidos una o varias partes de mi piel. |
| 202 He sido bastante independiente de las reglas familiares. | 232 Acepto a las personas que se aprovechan de otro que permite que eso le pase. |
| 203 Me deprimo con frecuencia . | 233 Mi visión es tan buena como lo ha sido siempre. |
| 204 La mayoría de mis familiares se lleva bien conmigo. | 234 A veces me ha sorprendido tanto la inteligencia de algunos delincuentes que desee que les fuera bien. |
| 205 Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo quedarme sentado en la silla mucho tiempo. | 235 Muchas veces me sentí observado críticamente por desconocidos. |
| 206 He sufrido engaños amorosos. | 236 Todo tiene el mismo gusto. |
| 207 Nunca me preocupó por mi aspecto. | 237 Todos los días tomo una cantidad excesiva de agua. |
| 208 Muchas veces sueño sobre cosas que prefiero no contarle a nadie. | 238 Muchas personas hacen amistades porque piensan que les conviene. |
| 209 Creo que no soy más nervioso que la mayoría de la gente. | 239 Es poco frecuente que sienta un zumbido en mis oídos. |
| 210 Tengo muy pocos o ningún dolor. | 240 A veces siento odio hacia familiares que generalmente amo. |

| | |
|--|--|
| 241 Si fuera periodista, me gustaría escribir sobre noticias deportivas. | 271 Me preocupo por temas económicos. |
| 242 A la gente le preocupa poco lo que le pasa a uno. | 272 Nunca estuve enamorado. |
| 243 De cuando en cuando me río de un chiste "verde". | 273 Me da miedo usar cuchillo u otra cosa afilada y puntiaguda. |
| 244 Comparado con mis amigos tengo muy pocos miedos. | 274 Casi nunca sueño. |
| 245 Cuando estoy con un grupo, no me avergüenza tener que discutir u opinar sobre un tema que conozco bien. | 275 Nunca se me paralizaron ni tuve una debilidad poco común en mis músculos. |
| 246 Me enoja con la justicia cuando un delincuente sale libre porque tiene un abogado hábil. | 276 A veces pierdo o se me cambia la voz, aunque no esté resfriado. |
| 247 He abusado del alcohol. | 277 Muchas veces mi padre o mi madre me obligan a obedecer aunque yo crea que no tienen razón. |
| 248 En general no le hablo a la gente hasta que me hablan a mí. | 278 A veces percibo olores extraños. |
| 249 Nunca he tenido problemas con la policía. | 279 Me cuesta que mi mente se concentre en una sola cosa. |
| 250 Hay veces que mi alma abandona mi cuerpo. | 280 Soy capaz de dejar de lado algo que quiero hacer si los demás piensan que no vale la pena. |
| 251 Me gustaría que no me molestaran pensamientos sobre temas sexuales. | 281 Casi todo el tiempo siento ansiedad por algo o por alguien. |
| 252 Si varias personas están en un llo, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo en lo que van a decir y no apartarse de eso. | 282 Pierdo la paciencia fácilmente con la gente. |
| 253 Creo que siento las cosas más intensamente que los demás. | 283 La mayor parte del tiempo me gustaría estar muerto. |
| 254 Nunca en mi vida me gusto jugar con muñecos. | 284 Algunas veces me exito tanto que me cuesta dormirme. |
| 255 La mayor parte del tiempo la vida me resulta una carga. | 285 Me han pasado demasiadas cosas por las que debí preocuparme. |
| 256 Soy tan sensible frente a ciertos temas que no puedo hablar de ellos. | 286 Estoy seguro que hablan de mí. |
| 257 Me resultaba muy difícil hablar delante de la clase en el colegio. | 287 A veces oigo tan bien que eso me molesta. |
| 258 Quiero a mi madre (o la quisiera si falleció). | 288 Olvido enseguida lo que la gente me dice. |
| 259 La mayor parte del tiempo me siento solo aunque esté con otras personas. | 289 A veces me siento lleno de energía. |
| 260 Recibo todo el apoyo que me merezco. | 290 Muchas veces cruzo la calle para no encontrarme con alguna persona. |
| 261 Me niego a participar en algunos deportes porque no soy bueno en ellos. | 291 Con frecuencia siento como si las cosas no fueran reales. |
| 262 Aparentemente hago amigos tan rápidamente como los demás. | 292 Me gustan las fiestas y reuniones. |
| 263 Si uno descuida cosas valiosas, tiene tanta culpa de que se las roben como un ladrón. | 293 Tengo el hábito de contar objetos sin importancia , como las baldosas de un piso. |
| 264 Me molesta tener gente a mi alrededor. | 294 No tengo enemigos que deseen realmente hacerme daño. |
| 265 Creo que casi todo el mundo mentiría para evitar meterse en problemas. | 295 Tiendo a ser precavido con gente que se muestra más amistosa de lo que yo esperaba. |
| 266 Soy más sensible que la mayoría de la gente. | 296 Tengo pensamientos extraños y raros. |
| 267 A la mayoría de la gente le disgusta arriesgarse para ayudar a otros. | 297 Me pongo ansioso y molesto cuando tengo que hacer un viaje corto y salir de mi casa. |
| 268 Muchos de mis sueños son sobre temas sexuales. | 298 Tengo periodos en los que me siento inusualmente alegre, sin ninguna razón especial. |
| 269 Mis padres y familiares me encuentran demasiados defectos. | 299 Oigo cosas extrañas cuando estoy solo. |
| 270 Me meto en dificultades con mucha facilidad. | 300 He tenido miedo de cosas o personas que sabía que no podían hacerme daño. |

| | |
|--|--|
| 301 No me preocupa entrar solo a una habitación donde ya hay otras personas reunidas y charlando. | 331 Me gustan las reuniones aunque sólo sea para estar con gente. |
| 302 Me asustan las cosas que hicieron algunas personas de mi familia. | 332 Una o más veces en mi vida sentí que alguien estaba hipnotizándome y haciéndome hacer cosas. |
| 303 A veces disfruto haciendo sufrir a personas que quiero. | 333 Me resulta difícil abandonar una tarea una vez que la empecé, aunque sea por poco tiempo. |
| 304 Siempre que es posible evito estar en medio de una multitud. | 334 A menudo han sentido celos de mis ideas sólo porque no las pensaron primero. |
| 305 Tengo más dificultades para concentrarme que las que parecen tener los demás. | 335 Me gusta la sensación de estar en medio de una multitud (recitales, manifestaciones). |
| 306 Varias veces dejé de hacer algo por creer que no tenía suficiente capacidad. | 336 No me molesta conocer gente nueva. |
| 307 Me vienen a la mente palabras feas, a veces horribles, y no logro librarme de ellas. | 337 Alguien ha estado tratando de influenciar mi mente. |
| 308 A veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia pero que me molestan durante días. | 338 He fingido "estar enfermo" para salvarme de algo. |
| 309 Casi todos los días pasa algo que me asusta. | 339 Mis preocupaciones parecen desaparecer cuando me junto con amigos divertidos. |
| 310 Por lo general, aún en cuestiones pequeñas, tengo que detenerme y pensar antes de actuar. | 340 Siento ganas de abandonar lo que estoy haciendo si me sale mal. |
| 311 Tiendo a tomar las cosas muy en serio. | 341 Me gusta comunicar a los demás mi opinión sobre las cosas. |
| 312 A menudo cuando viajo en trenes, ómnibus, etc, hablo con desconocidos. | 342 Sólo cuando bebo puedo expresar mis verdaderos sentimientos. |
| 313 La gente debería atender sus sueños, gustarse por ellos y tomarlos como presagios. | 343 He tenido periodos en los que me sentía tan lleno de entusiasmo que o necesitaba dormir por varios días. |
| 314 Las personas dicen cosas insultantes y groseras sobre mí. | 344 No veo la hora de poderirme del todo de casa. |
| 315 Hay alguien que controla mi mente. | 345 Mis amigos siempre tienen problemas. |
| 316 En las fiestas suelo sentarme solo o con alguna persona, antes que integrar un grupo. | 346 No le tengo miedo al agua. |
| 317 Con frecuencia la gente me desilusiona. | 347 Me siento poco feliz de ser como soy. |
| 318 A veces he sentido que las dificultades se acumulaban hasta tal punto que no podía superarlas. | 348 Me gustaría usar ropa cara. |
| 319 Me encanta ir a bailar. | 349 Me da miedo estar solo en un lugar muy grande y abierto. |
| 320 A veces mi mente parece funcionar más lenta que lo habitual. | 350 Me siento incómodo en un lugar cerrado. |
| 321 A veces he sentido placer al ser herido por alguien a quien quería. | 351 La única parte interesante de los diarios es la página de historietas. |
| 322 Me gustan los niños. | 352 Tengo muchas razones para estar celoso de uno o más miembros de mi familia. |
| 323 Me gusta los juegos de azar donde se apuesta poco. | 353 Tengo pesadillas muy seguidas. |
| 324 Si tuviera la oportunidad, podría hacer cosas que beneficiarían a la humanidad. | 354 Me resulta fácil hacer que las personas me tengan miedo, y a veces lo hago para divertirme. |
| 325 Muchas veces conocí gente supuestamente experta, que no sabía más que yo. | 355 No me enojo fácilmente. |
| 326 Cuando me entero del éxito de alguien que yo conozco bien, me siento fracasado. | 356 En el pasado hice algunas cosas malas de las que no cuento nada a nadie. |
| 327 Con frecuencia pienso: "ojala volviera a ser chico". | 357 Me pone nervioso que me hagan preguntas personales. |
| 328 Nunca me siento tan feliz como cuando estoy solo. | 358 Creo que no puedo planear mi propio futuro. |
| 329 Si tuviera a oportunidad yo podría ser un buen líder. | 359 Me enojo cuando mi familia o mis amigos me aconsejan sobre como tengo que vivir mi vida. |
| 330 Por lo general las personas reclaman ser más respetadas pero respetan poco a los demás. | 360 Rara vez me siento bajoneado. |

| | |
|---|--|
| 361 Mientras uno no haga algo realmente ilegal, está bien hacer todo tipo de cosas. | 391 Cuando me veo presionado, digo la parte de verdad que menos me perjudica. |
| 362 Me disgusta escuchar a la gente dando opiniones sobre la vida. | 392 Merezco un castigo severo por mis pecados. |
| 363 A menudo estoy seriamente en desacuerdo con la gente que me rodea. | 393 Si una idea me parece buena, la acepto rápidamente. |
| 364 Muchas veces estoy descontento con cosas que suceden en la escuela. | 394 Debo admitir que a veces me he preocupado demasiado por algo que no tenía mucha importancia. |
| 365 Cuando las cosas realmente empeoran, sé que puedo contar con mi familia para que me ayude. | 395 Muchas veces he trabajado para gente que se atribuye los méritos cuando las cosas salen bien, pero culpa a los empleados de los errores. |
| 366 He sido golpeado muchas veces "me pegaron". | 396 Algunos miembros de mi familia se enojan con mucha facilidad. |
| 367 Muchos dicen que me enojo con facilidad. | 397 Prefiero hacer un trabajo que requiera mucha atención antes que uno que me permita ser descuidado. |
| 368 Me gustaría dejar de preocuparme por cosas que dije y que pueden haber molestado a otros. | 398 Mis familiares y parientes cercanos se llevan bastante bien. |
| 369 Me siento incapaz de contar las cosas a los demás. | 399 Veo el futuro sin esperanzas. |
| 370 Muchas veces mis proyectos tuvieron tantas dificultades que tuve que abandonarlos. | 400 La gente puede hacerme cambiar de ideas a pesar de que yo crea que estoy seguro acerca de algo. |
| 371 El futuro es demasiado incierto, para que una persona haga planes serios. | 401 Me pongo de mal humor cuando me piden que me apure. |
| 372 A menudo a pesar que las cosas andan bien, siento que nada me interesa. | 402 Varias veces a la semana tengo la sensación de que va a pasarme algo terrible. |
| 373 Con frecuencia las personas interpretaron mal mis intenciones cuando trataba de señalarles lo correcto y ayudarlos. | 403 Me gusta leer libros científicos. |
| 374 Puedo tragar sin problemas. | 404 A veces siento que me estoy "quebrando", "desarmando". |
| 375 Soy una persona calma que rara vez se irrita. | 405 Odio a toda mi familia. |
| 376 Si estuviera en problemas junto con amigos tan culpables como yo, me haría cargo del tema sin tratar de evadirme. | 406 Muchas personas son culpables |
| 377 Me tomo las cosas muy a pecho. | 407 La persona con quien he estado más unido o quien más admiré fue una mujer (madre, hermana, tía, amiga, etc). |
| 378 Me molesta tanto que alguien trate de adelantarse en una fila que, a menudo, me pongo a hablar con esa persona a cerca de ello. | 408 Algunas personas piensan que es difícil llegar a conocerme bien. |
| 379 A veces pienso que no soy bueno. | 409 Me gusta leer los editoriales de los diarios. |
| 380 Muchas veces no fui al colegio aunque debería haberlo hecho. | 410 La mayor parte de mi tiempo libre la paso solo. |
| 381 Algunas personas de mi familia son muy nerviosas. | 411 Me gusta asistir a charlas o conferencias en las que se tratan temas serios. |
| 382 A veces he tenido que ser grosero con gente mal educada o molesta. | 412 Tuve épocas en las que dormí poco por estar preocupado. |
| 383 Me preocupa bastante la probabilidad de que me salgan las cosas. | 413 Podría ser feliz viviendo solo en una cabaña en un bosque o en una montaña. |
| 384 Me molesta que la gente diga cosas lindas acerca de mí. | 414 Tengo uno o dos hábitos malos tan arraigados que es inútil que trate de cambiarlos. |
| 385 Puedo llegar a dejar de hacer algo que quiero hacer si los demás piensan que no lo estoy haciendo bien. | 415 Nada me sale bien. |
| 386 Me gustan las cosas divertidas y exitantes. | 416 Soy una cabeza dura. |
| 387 Nunca tuve "una visión". | 417 Los fantasmas o los espíritus pueden ejercer influencia buena o mala sobre la gente. |
| 388 Muchas veces lamento el ser tan irritable y quejoso. | 418 No soy responsable de las cosas buenas o malas que me suceden. |
| 389 Mis notas de conducta, en el colegio suelen ser malas. | 419 Las metas de mi vida son posibles de alcanzar. |
| 390 Me fascina el fuego. | 420 La enfermedad mental es un signo de debilidad. |

| | |
|---|---|
| 421 Me siento desamparado cuando tengo que tomar una decisión importante. | 451 En mi familia no tenemos problemas para comunicarnos. |
| 422 Mis problemas desaparecerían si mi salud fuera mejor. | 452 La única cosa buena del colegio son mis amigos. |
| 423 Creo que la gente debe guardarse sus problemas personales. | 453 Los demás dicen que amo "llos" para conseguir lo que quiero. |
| 424 En estos días me siento un poco estresado(tensionado). | 454 En mi familia, otros reciben más atención que yo. |
| 425 Creo que mis profesores son estúpidos. | 455 Muchas veces me dicen que no soy respetuoso con la gente. |
| 426 Aunque mi vida es poco satisfactoria, eso no puede cambiarse. | 456 Me gusta decir malas palabras para impactar a la gente. |
| 427 Detesto reconocer que me siento mal. | 457 En casa, ayudo en las tareas que me tocan. |
| 428 Hay persona que pretenden robar mis ideas y pensamientos. | 458 A veces cuando me emborracho, me meto en peleas. |
| 429 Tengo algunas costumbres que son dañinas. | 459 Mis notas en la escuela son de nivel medio para arriba. |
| 430 Si hay que resolver algún problema, prefiero dejar que otros se hagan cargo de ello. | 460 Nunca me escapé de mi casa. |
| 431 Hablar con alguien sobre problemas y situaciones personales es más útil que tomar drogas o medicamentos. | 461 Muchas veces tengo que gritar para que me entiendan. |
| 432 Reconozco fallas o errores en mí que no voy a ser capaz de corregir. | 462 Muchas veces tengo que mentir para "zafar". |
| 433 Cuando estoy con gente me preocupa escuchar cosas muy extrañas. | 463 No tenemos amigos íntimos. |
| 434 Odio ir al médico, aún cuando estoy enfermo. | 464 La gente me dice que soy perezoso. |
| 435 Prefiero estar con mis amigos antes que participar en actividades escolares o deportivas. | 465 Me disgusta tener que ponerme "pesado" con la gente. |
| 436 Quiero ir a la Universidad. | 466 Muchas veces , en la escuela, me aburro y me da sueño. |
| 437 Cuando tengo un problema me ayuda el poder contárselo a alguien. | 467 Me gusta fumar marihuana. |
| 438 Mis padres no me comprenden bien. | 468 Muchas veces me confundo y me olvido lo que quería decir. |
| 439 A veces escucho voces que no sé de dónde vienen. | 469 A veces hago, a propósito, lo contrario de lo que los demás quieren. |
| 440 He pasado noches fuera de casa sin que mis padres supieran dónde estaba. | 470 Tengo tos casi todo el tiempo. |
| 441 La gente no me encuentra atractivo. | 471 Evito encontrarme con los demás para que no me "carguen". |
| 442 La gente debe actuar siempre según sus creencias, aunque para ello tenga que dejar de respetar algunas reglas sociales. | 472 Tengo muchos secretos que no cuento a nadie. |
| 443 Por causas de enfermedades he perdido muchos días en la escuela. | 473 Creo que no me divierto tanto con otros chicos de mi edad. |
| 444 Me molesta mucho la idea de tener que hacer cambios en mi vida. | 474 Muchas veces la gente me dice que bebo demasiado. |
| 445 Muchas veces me meto en llos por romper o destruir cosas. | 475 Cuando estoy con otras personas, por lo general , me quedo tranquilo. |
| 446 La gente no es buena conmigo. | 476 Tengo un amigo íntimo con el que puedo compartir secretos. |
| 447 Por lo general, espero tener éxito en las cosas que hago. | 477 Muchas veces, mis amigos me convencen para que haga cosas que sé que están mal. |
| 448 La mayoría de la gente me considera digno de confianza. | 478 Aunque yo no quería, hice algunas cosas malas porque mis amigos pensaban que las tenía que hacer. |
| 449 Me resulta difícil abandonar malos hábitos. | |
| 450 Me llevo bien con la mayoría de la gente. | |

Hoja de Respuestas MMPI-A

Nombre: Sexo: Edad:
 Estudios: Ocupación: Evaluador:

Material de uso exclusivo de alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas, Cat. II (Fac. Psicología UBA) en tareas de aprendizaje

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F | <input type="radio"/> V <input type="radio"/> F |
| 1 | 01 | 121 | 181 | 241 | 301 | 361 | 421 |
| 2 | 02 | 122 | 182 | 242 | 302 | 362 | 422 |
| 3 | 03 | 123 | 183 | 243 | 303 | 363 | 423 |
| 4 | 04 | 124 | 184 | 244 | 304 | 364 | 424 |
| 5 | 05 | 125 | 185 | 245 | 305 | 365 | 425 |
| 6 | 06 | 126 | 186 | 246 | 306 | 366 | 426 |
| 7 | 07 | 127 | 187 | 247 | 307 | 367 | 427 |
| 8 | 08 | 128 | 188 | 248 | 308 | 368 | 428 |
| 9 | 09 | 129 | 189 | 249 | 309 | 369 | 429 |
| 10 | 10 | 130 | 190 | 250 | 310 | 370 | 430 |
| 11 | 11 | 131 | 191 | 251 | 311 | 371 | 431 |
| 12 | 12 | 132 | 192 | 252 | 312 | 372 | 432 |
| 13 | 13 | 133 | 193 | 253 | 313 | 373 | 433 |
| 14 | 14 | 134 | 194 | 254 | 314 | 374 | 434 |
| 15 | 15 | 135 | 195 | 255 | 315 | 375 | 435 |
| 16 | 16 | 136 | 196 | 256 | 316 | 376 | 436 |
| 17 | 17 | 137 | 197 | 257 | 317 | 377 | 437 |
| 18 | 18 | 138 | 198 | 258 | 318 | 378 | 438 |
| 19 | 19 | 139 | 199 | 259 | 319 | 379 | 439 |
| 20 | 20 | 140 | 200 | 260 | 320 | 380 | 440 |
| 21 | 21 | 141 | 201 | 261 | 321 | 381 | 441 |
| 22 | 22 | 142 | 202 | 262 | 322 | 382 | 442 |
| 23 | 23 | 143 | 203 | 263 | 323 | 383 | 443 |
| 24 | 24 | 144 | 204 | 264 | 324 | 384 | 444 |
| 25 | 25 | 145 | 205 | 265 | 325 | 385 | 445 |
| 26 | 26 | 146 | 206 | 266 | 326 | 386 | 446 |
| 27 | 27 | 147 | 207 | 267 | 327 | 387 | 447 |
| 28 | 28 | 148 | 208 | 268 | 328 | 388 | 448 |
| 29 | 29 | 149 | 209 | 269 | 329 | 389 | 449 |
| 30 | 30 | 150 | 210 | 270 | 330 | 390 | 450 |
| 31 | 31 | 151 | 211 | 271 | 331 | 391 | 451 |
| 32 | 32 | 152 | 212 | 272 | 332 | 392 | 452 |
| 33 | 33 | 153 | 213 | 273 | 333 | 393 | 453 |
| 34 | 34 | 154 | 214 | 274 | 334 | 394 | 454 |
| 35 | 35 | 155 | 215 | 275 | 335 | 395 | 455 |
| 36 | 36 | 156 | 216 | 276 | 336 | 396 | 456 |
| 37 | 37 | 157 | 217 | 277 | 337 | 397 | 457 |
| 38 | 38 | 158 | 218 | 278 | 338 | 398 | 458 |
| 39 | 39 | 159 | 219 | 279 | 339 | 399 | 459 |
| 40 | 40 | 160 | 220 | 280 | 340 | 400 | 460 |
| 41 | 101 | 161 | 221 | 281 | 341 | 401 | 461 |
| 42 | 102 | 162 | 222 | 282 | 342 | 402 | 462 |
| 43 | 103 | 163 | 223 | 283 | 343 | 403 | 463 |
| 44 | 104 | 164 | 224 | 284 | 344 | 404 | 464 |
| 45 | 105 | 165 | 225 | 285 | 345 | 405 | 465 |
| 46 | 106 | 166 | 226 | 286 | 346 | 406 | 466 |
| 47 | 107 | 167 | 227 | 287 | 347 | 407 | 467 |
| 48 | 108 | 168 | 228 | 288 | 348 | 408 | 468 |
| 49 | 109 | 169 | 229 | 289 | 349 | 409 | 469 |
| 50 | 110 | 170 | 230 | 290 | 350 | 410 | 470 |
| 51 | 111 | 171 | 231 | 291 | 351 | 411 | 471 |
| 52 | 112 | 172 | 232 | 292 | 352 | 412 | 472 |
| 53 | 113 | 173 | 233 | 293 | 353 | 413 | 473 |
| 54 | 114 | 174 | 234 | 294 | 354 | 414 | 474 |
| 55 | 115 | 175 | 235 | 295 | 355 | 415 | 475 |
| 56 | 116 | 176 | 236 | 296 | 356 | 416 | 476 |
| 57 | 117 | 177 | 237 | 297 | 357 | 417 | 477 |
| 58 | 118 | 178 | 238 | 298 | 358 | 418 | 478 |
| 59 | 119 | 179 | 239 | 299 | 359 | 419 | 479 |
| 60 | 120 | 180 | 240 | 300 | 360 | 420 | 480 |

Anexo # 4

Reportaje TVN noticias

Panamá

NACIONAL 02/01/2017 - 12:00 a.m. lunes 2 de enero de 2017

Las pandillas, los carteles y su relación con otros grupos

Las pandillas panameñas protegen a los carteles extranjeros que se hacen representar en Panamá por terceras personas



ARCHIVO | LA ESTRELLA DE PANAMÁ

Operativo antipandillas en Chiriquí, en el que capturaron a presuntos pandilleros.

Adelita Coriat
acoriat@laestrella.com.pa

ÍNDICE DE CUADROS

| | | Páginas |
|-------------|---|---------|
| Cuadro N° 1 | Manual de los criterios Diagnósticos DSM-5 | 29 |
| Cuadro N°2 | Criterios de Inclusión y exclusión. | 62 |
| Cuadro N°3 | Plan de intervención clínica caso # 1. | 76 |
| Cuadro N°4 | Plan de intervención clínica caso # 2. | 96 |
| Cuadro N°5 | Plan de intervención clínica caso # 3 | 116 |
| Cuadro N°6 | Plan de intervención clínica caso # 4 | 137 |
| Cuadro N°7 | Resultados de las pruebas aplicadas a los 4 casos que participaron en el programa psicoterapéutico. | 164 |
| Cuadro N°8 | Sub escala de impulsividad cognitiva. | 181 |
| Cuadro N°9 | Sub escala de impulsividad motora. | 185 |
| Cuadro N°10 | Sub escala de impulsividad no planeada. | 190 |
| Cuadro N°11 | Rasgos de impulsividad que predomina de acuerdo a la escala de Barratt. | 196 |
| Cuadro N°12 | Criterios diagnósticos del trastorno de conducta. | 198 |
| Cuadro N°13 | Puntaje total por sub escalas de impulsividad y búsqueda de sensaciones. | 199 |

| | | |
|--------------|---|-----|
| Cuadro N°14 | Sub escala de búsqueda de las emociones. | 203 |
| Cuadro N° 15 | Sub escala de búsqueda de excitación. | 206 |
| Cuadro N° 16 | Sub escala de desinhibición. | 209 |
| Cuadro N° 17 | Sub escala de susceptibilidad al aburrimiento. | 213 |
| Cuadro N°18 | Resultados de la puntuación total de la escala de búsqueda de sensaciones. | 215 |
| Cuadro N° 19 | Modelo psicoterapéutico. | 217 |
| Cuadro N° 20 | Puntaje total por participantes de la escala de impulsividad de Barratt y búsqueda de sensaciones de Zuckerman. | 220 |
| Cuadro N° 21 | Resultados de acuerdo con el SPSS | 225 |

INDICE DE GRÁFICA

| | | Páginas |
|---------------|---|---------|
| Gráfica N° 1 | Sub escala de impulsividad cognitiva. | 182 |
| Gráfica N° 2 | Sub escala de impulsividad motora. | 187 |
| Gráfica N° 3 | Sub escala de impulsividad no planeada. | 192 |
| Gráfica N° 4 | puntaje total por sub escalas de impulsividad y búsqueda de sensaciones. | 200 |
| Gráfica N° 5 | Sub escala de búsqueda de emociones de Zuckerman. | 204 |
| Gráfica N° 6 | Sub escala de búsqueda de excitación de Zuckerman. | 208 |
| Gráfica N° 7 | Sub escala de desinhibición de Zuckerman. | 211 |
| Gráfica N° 8 | sub escala de susceptibilidad al aburrimiento de Zuckerman. | 214 |
| Gráfica N° 9 | aplicación de la escala de impulsividad de Barratt. | 221 |
| Gráfica N° 10 | Aplicación de la escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman a los sujetos de 15 a 18 años reclusos en el Centro de Custodia y Cumplimiento Aurelio Granados Hijo. | 222 |

| | | |
|---------------|---|-----|
| Gráfica N° 11 | Pre test y pos test de la escala de Impulsividad de Barratt. | 227 |
| Gráfica N° 12 | Pre test y pos test de la escala de Impulsividad de Búsqueda de sensaciones | 229 |