

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

**Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Psicología**

**PROYECTO DE PRÁCTICA DIRIGIDA PARA OPTAR POR EL GRADO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

**Uso de la Terapia Cognitivo Conductual en el Diseño e Implementación de un Plan de
Tratamiento Terapéutico en un Centro Terapéutico Residencial con seis Jóvenes
Extranjeros**

Sustentante:

Marcel Brenes Vargas

A40924

Comité Asesor:

Director:

Ronald Ramírez H. PH. D.

Lectores

Andres Carvajal Vanegas LCP

MSc. Carlos Araya Cuadra

Asesoría Técnica

MSc. Mario Duran Araya

Tribunal Examinador



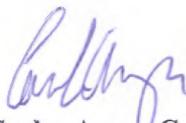
Lic. Bradley Marín Picado
Presidente del Tribunal Examinador

Ausente

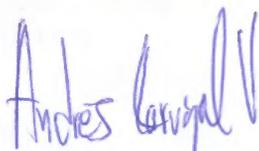
M.SC. Marcela León Madrigal
Profesora Invitada



Ph.D. Ronald Ramirez Henderson
Director de T.F.G



M.SC. Carlos Araya Cuadra
Miembro del Comité Asesor.



Lic. Andrés Carvajal Vanegas
Miembro del Comité Asesor.



Marcel Brenes Vargas
Sustentante

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO DE REFERENCIA	4
Descripción del problema.	4
Antecedentes.	5
1) Antecedentes de intervención Nacionales.	6
2) Antecedentes Internacionales.	8
Contextualización de la instancia donde se llevará a cabo la práctica.	11
1) Datos generales del programa.	11
2) Definición de los Objetivos del Centro Residencial Terapéutico.	13
Marco conceptual	14
1) Definición del término <i>adolescencia</i>	15
2) Programación desde un enfoque de derechos	16
3) El Modelo Transteórico de Cambio	18
4) Comunidad Terapéutica y Terapia Milieu: Tratamiento a través del ambiente	20
5) Entrevista Motivacional	23
6) Terapia Cognitiva Conductual	24
7) Objetivos Generales de la práctica	32
8) Objetivos Específicos	32
III. METODOLOGÍA DE TRABAJO	33
1. Definición de las tareas básicas y metas por objetivos específicos	33
1) Familiarización con políticas y prácticas institucionales	33
2) Selección y caracterización de los participantes.	34
3) Evaluación	34
4) Diseño del Plan de Tratamiento	35
5) Implementación del plan de tratamiento	36
6) Evaluación del proceso y resultados	37
(a) Sujetos	37
2. Criterios de protección de los participantes	38
3. Método de supervisión.	39
IV. RESULTADOS	41
1. Familiarización con la institución e inserción programática	41
(a) Departamento Académico	42
(b) Departamento de Educación Experiencial.	43
(c) Departamento de Crecimiento Personal.	45
2. Características generales de la población del centro.	49

(a) Características socio-demográficas de los beneficiarios de la práctica.	52
3. Proceso del Cohorte y Grupal	53
(a) Descripción del proceso programático del cohorte de trabajo en ANC	53
(b) Grupos	54
(c) Consideraciones Generales sobre los procesos grupales:	57
4. Consideraciones generales del Proceso Individual	59
Presentación de Casos	65
(a) "HH"	65
(b) "DC"	86
5. Resultados de la población general	108
V. DISCUSIÓN TEÓRICA	110
VI. CONCLUSIONES	114
VII. RECOMENDACIONES	116
VIII. BIBLIOGRAFÍA	117
IX. ANEXOS	122

Índice de Figuras

Figura 1. Organigrama institucional (Tomado de Duran, 2012, p. 14).....	15
Gráfico 1. Distribución Diagnóstica de la población.....	51
Gráfico 2. Medicamentos y cantidades en la población.....	52
Gráfico 3. HH puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) pre-intervención.....	86
Gráfico 4. HH, puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) post-intervención.....	87
Gráfico 5. DC, puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) pre-intervención.....	108
Gráfico 6. DC, puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) post-intervención.....	109
Gráfico 7. Puntuaciones en Escalas de Beck antes del tratamiento.....	110
Gráfico 8. Puntuaciones en Escalas de Beck despues del tratamiento.....	110

Índice de Tablas

Tabla 1. Resumen de sesiones y grupos	49
Tabla 2. Horario semanal de los usuarios del centro.....	53
Tabla 3. Estructura del proceso grupal psicoeducativo.....	57
Tabla 4. Objetivos del proceso del Cohorte.....	58
Tabla 5. Estructura general del proceso individual.....	66
Tabla 6. Resultados Test WAIS IV de HH.....	70
Tabla 7. Diagnósticos y áreas de atención.....	71
Tabla 8. Objetivos y logros: funcionamiento ejecutivo.....	73
Tabla 9. Objetivos y logros: manejo efectivo del humor.....	74
Tabla 10. Objetivos y logros: dinámicas familiares.....	75
Tabla 11. Plan Individual HH	78
Tabla 12. Resultados WAIS IV de DC.....	92
Tabla 13. Diagnósticos y áreas de atención.	93
Tabla 14. DC, Funcionamiento ejecutivo, objetivos y logros.....	94
Tabla 15. DC Manejo efectivo del Humor, objetivos y logros.....	95
Tabla 16. DC Relaciones Familiares, objetivos y logros.....	96
Tabla 17. Plan individual “DC”.....	98

Resumen: El presente documento resume la metodología, logros y resultados de practica dirigida realizada en Academia Nueva Cumbre (ANC), un centro terapéutico residencial ubicado en Atenas. ANC trabaja con jóvenes varones entre los quince y dieciocho años. La practica conto con dos objetivos generales: Documentar la inserción profesional del practicante al departamento de psicología de ANC y Articular la intervención clínica desde el modelo de la Terapia Racional Emotivo Conductual. La practica se realizo con seis jóvenes diagnosticados con trastornos de depresión, ansiedad. El documento articula los pasos seguidos para crear e implementar planes de tratamiento desde el modelo TREC en un ambiente Milieu apegándose a practicas e hitos institucionales. El trabajo realizado en el centro terapéutico residencial ANC desde el marco de la terapia TREC, aporta al cuerpo de datos que validan la efectividad de este modelo en ambientes residenciales y en el tratamiento de los diagnósticos abordados durante la práctica

I. Introducción

Este documento recoge la experiencia del practicante durante un periodo de seis meses de inserción profesional en Academia Nueva Cumbre Internacional (ANC), un centro terapéutico residencial para adolescentes, varones, extranjeros entre los quince y diecinueve años. El documento describe las funciones, tareas, actividades cumplidas, y obstáculos encontrados, así como los resultados obtenidos durante el proceso.

La modalidad de Práctica Dirigida implica un proceso de aprendizaje enfocado en la ejecución y puesta en práctica de conocimientos específicos y facilita la obtención de habilidades y aptitudes profesionales, mientras suple una necesidad institucional del centro donde se realizó dicha tarea.

Según la Organización Mundial de la Salud (2011): “(...) en el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes experimentan algún trastorno en su salud mental como depresión o ansiedad” (p.3) De acuerdo con Egea (AÑO), desde el año 2006, la prevalencia de problemas en el área de la salud mental va en incremento en la población adolescente. Coleman y Hendry (2007), señalan que

“(...) una de las características más relevantes durante la adolescencia, es la intrincada relación entre salud mental, física y comportamientos sociales saludables, en la definición del concepto de *salud* para este grupo etario. Por ejemplo, aquellos adolescentes que se ven envueltos en comportamientos de riesgo como: fumado, ingesta de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, problemas con la ley o prácticas sexuales inseguras, son de seis a quince veces más susceptibles a desarrollar problemas como depresión, ansiedad o comportamientos antisociales durante la adultez. Estos “síntomas aislados”, tienen; sin embargo, una etiología en común relacionada con factores como bienestar emocional, conexión o separación del sistema familiar, social y grupo de pares (); todos los cuales pueden ser abordados desde la psicología”. (p.35)

La OMS (2011), recomienda a las agendas gubernamentales, prestar atención al desarrollo de un enfoque preventivo en el sector de salud con la población adolescente. Coleman y Hendry (2007), remarcan la importancia de incrementar el entrenamiento y formación de profesionales en el área de la salud mental, especializados en población adolescente, remitidos a centros de atención. Esta es una necesidad histórica, que, en países como los Estados Unidos, se busca suplir desde los años cincuenta con la aparición de los primeros centros de tratamiento terapéutico residencial para adolescentes (Mulligan, 1974)

En Costa Rica, aparte de la experiencia del Colegio Otto Silesky (Ross, 2008), y el centro Luis Felipe González Flores, se encontró poco registro de trabajos en centros de tratamiento residencial para adolescentes nacionales. De manera similar, Duran (2015) menciona que han existido pocas experiencias en suelo costarricense enfocadas en el tratamiento de adolescentes extranjeros. Academia Nueva Cumbre (ANC) es una de las pocas instituciones enfocadas en el tema. Este es un centro terapéutico residencial para extranjeros entre los quince y diecinueve años, con distintos diagnósticos psicológicos. El centro surge para suplir la demanda internacional de atención residencial para la población adolescente (Duran, 2013).

En el año 2015, cuatro terapeutas se encargan del manejo individual de los casos de los treinta y dos usuarios. La institución decide que la inclusión de un practicante en psicología ayudaría a rebajar la carga laboral del personal, permitiría brindar una atención más personalizada, y por último, satisfacer las necesidades del centro de personal calificado. La institución considera importante la creación de un espacio de formación para futuros profesionales interesados en el área del desarrollo adolescente, dispuestos a aprender de forma activa, con habilidades en distintas áreas, capaces de cumplir con el perfil profesional buscado por la institución (Duran, 2013).

La práctica constó con dos ejes principales:

1. Inserción profesional al Centro Residencial de Tratamiento Terapéutico.
2. Elaboración e implementación de planes de tratamiento individual para seis jóvenes del centro.

Academia Nueva Cumbre (ANC) tiene un enfoque multidisciplinario, con tres ejes dirigentes del proyecto: el eje experiencial, el eje académico, el eje terapéutico (Durán,

2015) (Duran, en comunicación personal, febrero 11, 2015). Estos tres ejes marcan una división departamental clara, tanto a nivel administrativo como organizacional. El departamento encargado del contenido terapéutico se denomina Departamento de Crecimiento Personal. Allí, se desempeñó la función de terapeuta con seis jóvenes usuarios del centro. Específicamente, se trabajó en: diseño, implementación y evaluación de planes de tratamiento individuales, facilitación de procesos grupales, rol de modelaje, y manutención y reforzamiento de un ambiente saludable para los usuarios, atención a familias y coordinación interdepartamental. El presente documento articula la manera en la cual se llevó a cabo la práctica, esboza los ejes teórico-metodológicos que guiaron el proceso, los pasos para el diseño e implementación del plan, la evaluación y la inserción de profesional en la institución.

II. Marco de Referencia

Esta sección del proyecto describe, en primera instancia, la necesidad institucional que se solventó con la práctica dirigida; seguida por una revisión de los antecedentes nacionales e internacionales que han tratado con similares ejes temáticos.

Descripción del problema.

El abordaje clínico residencial en ANC es realizado desde un enfoque multidisciplinario. Cuenta con profesionales en medicina, psicología, pedagogía, psiquiatría, nutrición y educación física, trabajando en conjunto (Tracy, 2015) (H. Tracy, en comunicación personal 12 de febrero, 2015). De acuerdo con Mario Duran, director del departamento de psicología (M. Duran, Comunicación personal, 11 de febrero 2015) existía una necesidad institucional por ampliar la cantidad de terapeutas en el departamento, para poder brindar un mejor servicio a los usuarios y a las familias de los mismos. Esta urgencia por aumentar la capacidad de atención surge debido al crecimiento que ANC ha experimentado durante los últimos años. Aunado a esto, la institución ha lidiado con dos limitaciones importantes a través del tiempo, a saber:

- i. Reclutamiento de personal bilingüe (español e inglés) capacitado en psicología con conocimiento de tratamiento terapéutico residencial.
- ii. Retención de psicólogos a largo plazo.

Durante varios años, el recurso humano de la institución ha sido mayoritariamente personal extranjero, tanto terapeutas, como personal de supervisión y profesores. En parte porque se consideraba más fácil el establecimiento de un *rappor*t positivo con los usuarios. Sin embargo, la sola contratación de personal extranjero ha tenido sus contrapuntos, el más importante de ellos es la alta rotación de personal, por ejemplo, contrataciones que duran períodos menores de seis meses, lo cual se traduce en tiempo insuficiente para darle seguimiento completo a un usuario.

Otra dificultad ha sido el reclutamiento y mantenimiento de terapeutas que puedan participar plenamente en todos los aspectos del programa y sus respectivas prácticas institucionales. Un ejemplo de éstas prácticas, son las “Aventuras Integradas”. Dicha actividad consiste en incursiones de una semana, en distintos lugares del país. Las prácticas, en sí, son física y mentalmente demandantes y durante las mismas los jóvenes, asistidos por guías, profesores y psicólogos, se involucran en un intenso proceso terapéutico y de aprendizaje académico. Si bien muchos profesionales cumplen con el componente académico y lingüístico, no todos cuentan con la facilidad ni la afinidad para manejarse y ejercer su conocimiento en entornos poco usuales para un encuentro terapéutico, por ejemplo, en un sendero en lo alto del cerro Chirripó o cruzando el Parque Nacional Corcovado.

Antes del inicio de la práctica, dos psicólogos anunciaron su retiro del centro. Aunado a esto, la institución incrementó su cupo de veintiocho usuarios a treinta y seis, dejando a dos psicólogos con el manejo diario y programático de la totalidad de la población residencial, la cual incluye, entre otras cosas, atención a familias, coordinación interdepartamental, elaboración de reportes de progreso para compañías aseguradoras y otros.

Por estas razones, se considera que la presente práctica dirigida alivió la necesidad de personal capacitado en la institución. El practicante, fungió como el terapeuta primario para seis usuarios y sus familias, entre otras cosas, diseñó e implementó planes de tratamiento terapéutico, tanto grupal como individual. Se colaboró con la manutención de un ambiente saludable dentro de la Comunidad Terapéutica y se asistió en el proceso de otros usuarios. El trabajo se realizó bajo la supervisión técnica del Msc. Mario Durán Araya

Antecedentes.

Se presenta a continuación los principales antecedentes de intervención que respaldan el trabajo en Academia Nueva Cumbre. Se describe primero los trabajos nacionales, seguidos por los antecedentes internacionales. Es relevante mencionar que, a nivel de América Latina, se encontraron pocos trabajos de graduación sobre centros terapéuticos

residenciales y menos aún con adolescentes, la mayoría de los trabajos revisados se enfocaban en el tema de rehabilitación de adicciones o abuso de sustancias.

1) Antecedentes de intervención Nacionales.

En 1996, Flores y Porras realizan el trabajo “Condiciones socio familiares intervinientes en el proceso de adicción al crack en varones adolescentes”, para optar por el grado de licenciatura en psicología en la Universidad de Costa Rica. El trabajo se realizó con jóvenes menores de edad, internados en el Centro de Orientación Luis Felipe González Flores. El trabajo tenía un abordaje terapéutico basado en la teoría sistémica. El estudio fue de carácter descriptivo. Los autores identificaron diversos factores familiares y socioeconómicos que parecen propiciar, mantener o dificultar la recuperación de los jóvenes participantes. Algunos de los factores identificados son: pertenencia a clase social (i.e. personas con menores recursos económicos son más propensas a desarrollar una adicción y recuperarse), impacto del involucramiento familiar en el proceso y redes de apoyo existentes.

En su trabajo final de graduación, para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, de la Universidad de Costa Rica, Cartín y Vega (2001) plantean en el texto titulado “Propuesta de un manual de intervención psicológica en los trastornos por consumo de crack: un abordaje desde la perspectiva cognitiva conductual emocional”, una propuesta de intervención organizada en distintas fases. La primera fase incluye una evaluación conductual del usuario, seguida por la aplicación de estrategias dirigidas a alcanzar la abstinencia; una tercera fase incluye procedimientos que propician el desarrollo de conductas más sanas y, finalmente, una fase de generalización y mantenimiento de los resultados de intervención. El estudio es de carácter exploratorio y busca aportar evidencia a la efectividad del modelo cognitivo conductual en el tratamiento de adicciones.

Chaves e Hidalgo (2003), realizaron la investigación titulada “Estudio de los factores predisposiciones, precipitantes y de mantenimiento de la conducta de consumo de MDMA o "éxtasis" en jóvenes entre dieciocho y veinticuatro años en el área metropolitana de Costa Rica.”, tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica. Los autores describen varios patrones de consumo de

MDMA y brindan información sobre factores de riesgo y predictores de un tratamiento exitoso. Entre los últimos, mencionan la calidad y empatía de la relación terapéutica, expectativas de mejoría del terapeuta respecto al cliente y deseo de mejoría por parte del cliente.

Vale la pena mencionar la experiencia del Instituto de Educación Integral (IEI), también conocido como “Otto Silesky” en honor a su fundador (Ross, 2008). Dicho centro inicia labores en 1983 y es el pionero en tratamiento residencial en el país. Otto Silesky es psicopedagogo y fungió como director, coordinador y psicólogo de la institución. De acuerdo con el director del centro, la aproximación al tratamiento es considerada “ecléctica”, aunque reconoce que su referente teórico es principalmente cognitivo conductual (Ross, 2008). El centro trabaja con jóvenes de edad escolar a secundaria, que han tenido dificultades en otros ambientes escolares (Ross, 2008). En el centro se intenta proveer a los jóvenes de un ambiente estructurado, con reglas claras y consecuencias por sus actos.

De particular importancia para la presente práctica es el trabajo hecho por Durán (2012), titulado “Diseño y sistematización de un programa de tratamiento residencial para adolescentes varones que abusan sustancias: Cotejo de la implementación teórico-práctica con la experiencia de tres usuarios”, para optar por el grado de Magister en la Universidad Estatal a Distancia. Este es un estudio de tipo descriptivo en el cual se desglosa la implementación, diseño y desarrollo de un programa de tratamiento residencial en un “colegio terapéutico“. Se recogen las experiencias de tres usuarios, tres años después de haber sido egresados del centro. Después de una recolección de datos cualitativos producto de una triangulación metodológica, Duran establece una matriz con treinta estrategias y habilidades que facilitarían mantener los comportamientos y hábitos saludables en los usuarios, una vez fuera de la institución. La investigación proporciona elementos que pretenden aportar datos y estrategias al tratamiento residencial con jóvenes.

2) Antecedentes Internacionales.

A continuación se presenta una revisión bibliográfica de los trabajos internacionales relevantes para el presente proyecto.

Para iniciar, Whisman, Miller, Norman y Keitner (1991) realizaron una evaluación de la efectividad del tratamiento de la depresión mediante la terapia Cognitivo Conductual en un centro terapéutico residencial. Los autores encuentran que el grupo de usuarios que fue tratado desde el enfoque Cognitivo Conductual mostró una mejoría significativa en comparación con el resto de la población que no recibió este tipo de tratamiento. Comparado con el resto de la población, los pacientes que recibieron terapia cognitiva conductual mostraron una disminución en los sentimientos de desesperanza, así como menos distorsiones cognitivas en estudios de seguimiento realizados seis y doce meses después de la intervención.

Un estudio realizado por Nickerson, Brooks, Colby, Rickert, Salamone (2006), se enfocó en evaluar la frecuencia, medios y efectos del contacto entre jóvenes en centros residenciales con sus padres y otras personas importantes para los jóvenes. Los autores encontraron que la mayoría de padres reportaba que los comportamientos disruptivos de sus hijos, así como el temor por su bienestar, fueron los factores más comúnmente tomados en cuenta para internar a sus hijos. Además de esto, los autores mencionan que en la mayoría de los centros participantes en el estudio, carecen de un “currículum” o plan adecuado para el trabajo con las familias. Los autores encuentran que aquellos internos que mantuvieron contacto frecuente con las familias, así como sesiones terapéuticas con sus padres, parecieron responder mejor al tratamiento. Encuentran también, que de acuerdo con el personal, el trabajo con las familias puede beneficiar o complicar drásticamente el tratamiento, dado el factor de incertidumbre que aportan los miembros de la familia. En los casos donde las sesiones familiares o el contacto con la familia no lograron mejorar la relación entre los involucrados, la efectividad de tratamiento fue menor. Los autores reportan también que la mayoría de centros utilizan el contacto telefónico y escrito como medio más común.

Otro estudio de relevancia para el presente trabajo, es el realizado por Sigrid James (2011). Este trabajo pretendía evaluar elementos programáticos que propiciaban el éxito

en centros de tratamiento residencial con jóvenes con trastorno de personalidad antisocial, y/o adicciones. El estudio evaluó cuatro aproximaciones teóricas distintas en varios centros terapéuticos residenciales. Los autores señalan que es necesario realizar más estudios para determinar la efectividad de los tratamientos ya que es difícil medir con certeza cuales son los factores predictores de éxito; sin embargo, parece que aquellos programas que proporcionan contenido terapéutico, con énfasis en las relaciones interpersonales y que acompañan distintos ámbitos del quehacer del ser humano, por ejemplo, ejercicio, educación, grupos terapéuticos y terapia ocupacional reportaban una tasa mayor de éxito.

En el año 2012, Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer y Fang realizan un meta-análisis bibliográfico, con el fin de evaluar la eficacia reportada de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), en un total de doscientos noventa y seis estudios. Los autores se enfocaron en trabajos que aplicaron el modelo al tratamiento de los siguientes desórdenes: abuso de sustancias; esquizofrenia y otros tipos de trastornos psicóticos; depresión; trastorno bipolar; trastorno generalizado de ansiedad; trastorno somatoforme; trastornos alimenticios; control de la ira y agresión; dolor crónico y comportamientos antisociales. La revisión realizada, parece evidenciar que el uso de la TCC, es particularmente eficiente en el tratamiento de trastorno de ansiedad, desórdenes alimenticios y depresión, a través de distintos grupos etarios y situaciones ambientales, los autores remarcan la relevancia de realizar estudios con subgrupos, por ejemplo poblaciones con ingresos económicos menores a la media o minorías étnicas.

De manera similar, Page y Hook (2012) se proponen evaluar la efectividad de la Terapia Racional Emotivo Conductual en centros residenciales con pacientes diagnosticados con depresión. Un grupo de trescientos pacientes fue evaluado durante un programa de intervención rápida, con una duración de dos semanas en clínicas privadas. La efectividad del tratamiento fue evaluada mediante la aplicación de distintas baterías de pruebas, por ejemplo, la Escala de Depresión de Beck. La efectividad del tratamiento utilizado en el trabajo fue similar a la de estudios longitudinales, los cuales aportan evidencia sobre la efectividad de la TREC en centros residenciales. Si bien este trabajo se enfocó en tratamientos relativamente breves, lo anterior es relevante para el presente

trabajo, ya que permite inferir que la aplicación de dicho modelo, permite alcanzar resultados similares en tratamientos un poco mas largos.

Norton, Tucker, Bettmann, , Gillis y Behrens (2014), realizan un estudio en los Estados Unidos y Canadá en Comunidades Terapéuticas que trabajan con adolescentes, incorporando componentes de educación experiencial. Los autores se enfocan en describir los principales obstáculos, retos y predictores de éxito encontrados en estos programas. Los mismos, señalan que aquellos centros de tratamiento que incorporan dentro de sus prácticas retos físicos, con contenido terapéutico, reportan una tasa de efectividad mayor en el tratamiento de depresión y adicciones. Los autores señalan que, a nivel de Norte América, existe una necesidad por entrenar y formar profesionales que logren integrar de manera efectiva modelos clínicos, como la TREC en centros terapéuticos y comunidades Milieu.

De la revisión bibliográfica se infiere, en primer lugar, que la cantidad de prácticas dirigidas en el área de tratamiento residencial con adolescentes es extremadamente limitada, tanto a nivel nacional como internacional. En segundo lugar, de los estudios revisados, se recoge que el enfoque Cognitivo Conductual, parece ser ampliamente utilizado y respaldado por estudios internacionales y obtiene resultados beneficiosos en ambientes residenciales. Es relevante también mencionar que factores como las actividades experienciales, involucramiento familiar, la disposición del personal y el manejo de la relación terapéutica con los usuarios, juegan un rol importante en la eficacia del tratamiento.

En el siguiente apartado se realiza una descripción de Academia Nueva Cumbre, centro donde se llevó a cabo la práctica dirigida.

Contextualización de la instancia donde se llevará a cabo la práctica.

1) Datos generales del programa.

Academia Nueva Cumbre abre sus puertas el primero de enero del dos mil cinco bajo el nombre Educación Nueva Cumbre Internacional S.A., con la Cédula Jurídica: 3-101-389173. Como programa residencial a nivel internacional, adopta el nombre: New Summit Academy/Academia Nueva Cumbre. El Director de Programa y representante legal es Mario Durán Araya, máster en psicología.

El centro se ubica en Atenas, Alajuela. Barrio Fátima, cien metros norte de la escuela de Barrio Fátima. El perfil de población atendida y definido en el permiso de funcionamiento es: varones de quince a dieciocho años en la modalidad de Centro de Atención de Modalidad Residencial Transitoria Educativa Terapéutica; con una capacidad máxima de treinta y ocho estudiantes en el campus. Desde el año 2005 hasta el 2015, ha atendido aproximadamente a trescientos jóvenes.

La institución cuenta con todos los permisos necesarios, vigentes y fue validada por el PANI desde junio de 2015 a junio de 2021.

ANC cuenta con las siguiente acreditaciones: PANI, Ministerio de Salud, NATSAP (National Association of Therapeutic Schools and Programs, Estados Unidos), SACS-CASI (Southern Association of Colleges and Schools Council, Estados Unidos), CITA(Commission on International and Trans-Regional Accreditation Estados Unidos)

La información de contacto del centro es la siguiente:

- Teléfonos: 2446-5355 / 2446-3598
- Fax: 2446-9050
- Correo Electrónico: admin@newsummitacademy.com
- Apartado Postal: 159-4013, Atenas.

De acuerdo con Durán (2012), Academia Nueva Cumbre basa su trabajo con los jóvenes en tres ejes principales:

- El eje académico trabaja desde un enfoque holístico basado en la teoría de las Inteligencias Múltiples (Gardner,1983). Este busca fomentar la curiosidad por el aprendizaje para que los usuarios concluyan de manera satisfactoria su educación secundaria, y que, quienes estén interesados, inicien su proceso de inclusión en una casa de educación mayor.
- El eje experiencial busca enseñarle a los usuarios el concepto de "riesgo sano". A través de aventuras y experiencias física y mentalmente demandantes en la naturaleza. Se trata de brindarles herramientas que les permitan a los usuarios desarrollar o cultivar habilidades de liderazgo, auto-eficacia, y confianza en sí mismos.
- El eje terapéutico trabaja desde un enfoque comunitario, basado en la confianza y la naturaleza terapéutica de las relaciones con pares y los adultos que integran la comunidad. Pretende desarrollar relaciones familiares más sanas, fomentando la comunicación, la empatía y la tolerancia. A través de un ambiente comunitario positivo y una cuidadosa atención personalizada, se provee al usuario de las herramientas necesarias para llevar un estilo de vida mas balanceado.

A nivel administrativo el programa se divide de la siguiente forma:



Figura 1. Organigrama institucional (Tomado de Duran, 2012, p. 14)

2) Definición de los Objetivos del Centro Residencial Terapéutico.

De acuerdo al informe presentado al PANI en Febrero del 2015, los objetivos de ANC son los siguientes:

Objetivo General.

- Promover en los usuarios estilos de vida saludables, mediante el desarrollo y aprehensión de recursos interactivos, introspectivos y analíticos que faciliten la adquisición de habilidades adaptativas que permitan enfrentar los retos de la vida diaria con un mayor grado de flexibilidad, creatividad y efectividad.

Objetivos Específicos.

- Proveer espacios para el crecimiento personal de cada usuario.
- Mantener una comunidad que promueva estilos de vida saludables.
- Desarrollar capacidades intelectuales, desde el marco de la teoría de las Inteligencias Múltiples (Gardener, 1983) y un programa académico innovador.
- Desarrollar habilidades sociales a través de interacciones grupales saludables.

- Propiciar el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y habilidades de resolución de conflicto por medio de educación vivencial y un acercamiento a la ecología y medio ambiente.
- Promover un intercambio de experiencias que permita el acercamiento a valores que fomenten el desarrollo humano integral.
- Posibilitar un proceso de sensibilización con las familias que facilite el proceso de cambio de los usuarios.

Misión:

ANC nutre y capacita a los usuarios hacia el desarrollo de estilos de vida saludables a través de retos y oportunidades de crecimiento personal.

Visión:

Establecernos como líderes en la industria de la educación y centros residenciales por medio de un enfoque innovador.

Después de la reseña institucional, se presenta el marco conceptual, donde se provee los referentes teóricos usados para articular la práctica.

Marco conceptual

Esta sección del proyecto trata sobre los referentes teóricos que se usaron como marco para diseñar el plan de tratamiento con los usuarios seleccionados, abarca: contenidos psicoterapéuticos y pragmáticos para el trabajo con adolescentes varones. Los siguientes son los ejes teórico-metodológicos que guiaron la práctica dirigida.

- Conceptualización de la adolescencia.
- Programación desde un enfoque de derechos.
- Teoría de la motivación hacia el cambio, sustentada en el Modelo Transteórico del Cambio.

- Entrevista Motivacional
- Comunidades terapéuticas
- Terapia Cognitiva Conductual

1) Definición del término *adolescencia*

La adolescencia se caracteriza usualmente como un periodo de transición entre la infancia y la adultez, durante el cual se experimenta una serie de cambios determinantes para el resto de la vida (Coleman y Hendry, 2003). Esta etapa es un proceso complejo y multidimensional, donde se ven en juego variables biológicas (pubescencia), psicosociales y socioculturales, según Krauskopf (1995) y Valverde (2000).

De acuerdo con Valverde (2000), en esta etapa se integra un nuevo esquema corporal, se desarrollan habilidades cognoscitivas nuevas, se da un proceso de re-construcción de la identidad, caracterizado por la separación e individuación de los padres y la familia gracias al cuestionamiento de la autoridad de sus principales figuras afectivas; se inicia la construcción de proyectos de vida futuros, a la vez que se da mayor influencia al grupo de pares. De acuerdo con Durán (2012), varios autores, como Díaz, Sequeira y Garita (1999); Krauskopf (1995) y Valverde et al. (2000) coinciden en que la adolescencia, en tanto fase del desarrollo integral del ser humano, presenta procesos y características vitales como:

- Rápidos cambios corporales que son asimilados en forma progresiva
- Elaboración de la identidad: quién soy, que voy a ser con respecto a los demás y a mi mismo (a)
- Desarrollo y fortalecimiento del pensamiento abstracto
- Revisión de la identidad de género, rol de género y orientación sexual
- Ampliación del mundo social por medio de la experiencia con el grupo de pares
- Búsqueda de autonomía e independencia
- Redefinición de la relación con los padres y con otras figuras de autoridad
- Planteamiento de expectativas y proyectos futuros
- Elaboración del duelo por las pérdidas de su cuerpo infantil, de la imagen de padres y de su lugar en la familia, entre otras

De lo anterior se infiere que el desarrollo en la adolescencia influye en distintos estratos del quehacer humano. Es una etapa crucial del desarrollo durante la cual se definen aspectos psicosociales, físicos y ambientales que influyen al sujeto el resto de su vida. Aunado a esto, Egea (2006) menciona:

“La incidencia y la prevalencia de trastornos psicológicos a aumentado en los últimos años, y las previsiones estadísticas de futuro indican que van a seguir incrementándose, 1 de cada 3 personas en el mundo padece un trastorno mental o neurológico(...) La patología en niños y adolescentes se incrementa progresivamente, los trastornos de conducta, los consumos de tóxicos, la patología dual... Este tipo de trastornos además del deterioro de salud del enfermo, el deterioro de la convivencia familiar, que desgraciadamente conlleva, ha generado en los últimos años complicaciones en todos los niveles de la sociedad(...) La orientación de los nuevos recursos debe ir dirigida a la integración social y a la prevención de patologías severas.”(p. 1-2)

Se puede inferir del anterior extracto la relevancia del trabajo con este grupo etario, no solo en el tratamiento de trastornos, sino también desde una perspectiva profiláctica. Con el afán de operar dentro de un marco de respeto a los derechos de los adolescentes, se procede a realizar, en el siguiente apartado, una revisión de los derechos de este grupo.

2) Programación desde un enfoque de derechos

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es un tratado internacional de las Naciones Unidas, que posee cincuenta y cuatro artículos que reconocen el derecho de las personas menores de dieciocho años a ser protegidos, y a desarrollarse y participar activamente en la sociedad. La convención fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

La CDN se convierte en un tratado internacional de carácter vinculante para todos los estados que la firman. Hoy en día, la CDN es un “estándar de calidad a tener en

cuenta en cualquier acercamiento para entender la situación de las niñas y los niños” (Martínez, 2002).

En este contexto las niñas, niños y adolescentes son participantes activos en el desarrollo de sus procesos educativos, promoviendo, exigiendo y ejerciendo sus derechos. Desde este marco, se entiende que las personas menores de edad son ciudadanos con opiniones y propuestas válidas para el mejoramiento de la ciudad, las relaciones entre grupos sociales y su propia vida. La vida diaria dentro del programa está organizada para proveer a las personas menores de edad con los derechos y responsabilidades fundamentales establecidos por la Convención de Derechos del Niño (Durán, 2012). Martínez (2007, citado en Duran, 2012) divide en cuatro grupos los derechos fundamentales:

- Derechos de Protección: garantizan a los jóvenes la protección contra el maltrato, la explotación económica y sexual y la discriminación por motivos de raza, sexo, religión o condición de edad.
- Derechos de Provisión: se refiere al derecho de todos los adolescentes a gozar de un desarrollo óptimo y de bienestar, a la educación escolar básica, a la asistencia médica y a condiciones de vida dignas.
- Derechos de Participación: está relacionado con el derecho a la libre información y a la expresión de su opinión, a la participación en las decisiones relativas a su bienestar y a reunirse pacíficamente y construir sus propias organizaciones.
- Derechos de Prevención: están relacionados con el derecho a detectar de forma temprana situaciones que pongan en riesgo el pleno disfrute de los derechos de los niños y niñas.

Academia Nueva Cumbre, acata y cumple lo estipulado en este convenio y funciona bajo un marco de respeto y entendimiento de sus deberes como centro de formación. ANC, funciona también desde un marco conceptual basado en el Modelo Transteórico de Cambio, en el siguiente apartado se esbozan las bases teóricas del mismo y su aplicación en la institución y en el presente trabajo.

3) El Modelo Transteórico de Cambio

De acuerdo con Duran (2012), ANC ha adoptado el Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente, Champ y Norcross, 1992; Prochaska y Velicer, 1997) para conceptualizar el proceso terapéutico en los adolescentes. Este modelo fue construido inicialmente a partir de un análisis sistemático de las teorías e investigaciones en psicoterapia, en relación con el proceso de cambio de las conductas adictivas con fumadores.

Básicamente, el modelo propone una teoría que describe cinco distintas etapas del cambio, con sus respectivos hitos y obstáculos que explican cómo las personas cambian en y entre las sesiones de terapia (Prochaska, 1999). La formulación del Modelo Transteórico comenzó con un análisis comparativo de los principales sistemas de psicoterapia y su éxito con los usuarios (Prochaska y DiClemente, 1984). Prochaska se centró en puntualizar qué motiva a las personas hacia el cambio y cómo se puede mantener el mismo una vez logrado. Se pone énfasis en aspectos motivacionales y las expectativas de auto-eficacia involucradas en el cambio. El cambio se concibe como una progresión a través de una serie de fases. A continuación se describe cada una de ellas:

- **Pre-contemplación:** No se percibe ni se espera el cambio a corto plazo. El individuo no muestra interés en cambiar, hay mucha desinformación sobre las conductas desadaptativas, hay negación del “problema” y resistencia al proceso. Las personas en la fase de pre-contemplación subestiman los beneficios del cambio o sobre-estiman los costos. Típicamente, no están conscientes de sus patrones y creencias cognitivas, lo que dificulta exponencialmente el cambio. Muchas personas permanecen en la fase de pre-contemplación durante años. El factor clave es que no existe una motivación inherente para que la persona progrese a la siguiente fase (Prochaska, 1999).
- **Contemplación:** Esta etapa se caracteriza porque la persona experimenta un reconocimiento de la presencia de un “problema”, así como la necesidad de

cambio. Generalmente las personas muestran interés por conocer más sobre sus comportamientos o ideas problemáticas. El sujeto intenta cambiar pero puede estar estancado o ambivalente. Las intervenciones van orientadas a fomentar un compromiso con el proceso terapéutico, y a diseñar planes iniciales de acción.

- **Preparación:** En este momento se comienza a tomar acciones concretas en el presente y se aprecia un compromiso de la persona a un proceso de largo plazo (Prochaska, 1999). Las intervenciones en esta etapa deben orientarse a plantear las expectativas, objetivos y metas realistas del tratamiento (Durán, 2012). Se propone realizar una recapitulación de los motivos y estrategias para el cambio efectivo, lo cual también fortalece el compromiso adquirido por la persona. Se caracteriza por acciones iniciales orientadas hacia el cambio, así como el esbozo de planes para lograrlo. Típicamente, se observan comportamientos de búsqueda de ayuda, se busca comprender las razones de su problema o *acting out* por lo que hay más interés en el diálogo con personas que podrían ayudar. Las intervenciones en esta etapa son para motivar a la persona a asumir un compromiso y analizar los aspectos positivos del cambio, en contraposición con los negativos (análisis de costo-beneficio) y a facilitar el proceso de auto-aceptación (Durán, 2012). En esta etapa es también beneficioso que la persona realice un análisis detallado de los intentos previos para cambiar y las causas de las recaídas.
- **Acción:** Se caracteriza porque la persona realiza modificaciones específicas en su estilo de vida. Debido a que la acción es observable, a menudo los cambios conductuales han sido igualados con éxito. Sin embargo, en el modelo Transteorético, la acción es solamente una de las seis fases. No todas las modificaciones del comportamiento son acciones, muchas representan cambios en creencias sobre el funcionamiento del mundo o la visión de sí mismo. No cuenta la simple mejoría estadística, por ejemplo, la disminución temporal de síntomas. Por el contrario, debe haber una mejoría clínica real, donde el criterio ideal de la acción debe ser la recuperación (Prochaska, 1999). La asistencia en esta etapa

consiste en facilitar procedimientos terapéuticos dirigidos a alcanzar la abstinencia y modificación de las estrategias de afrontamiento para mejorar la calidad de vida. En esta etapa las conductas de riesgo disminuyen por la acción que toma el individuo, pero la posibilidad de recaída debe ser monitoreada permanentemente (Durán, 2012).

- **Mantenimiento:** Las personas están trabajando para impedir la recaída, están menos tentados a las recaídas y confían más en que pueden continuar con el cambio. Basado en los reportes de autoeficacia y tentación experimentada, se ha estimado que la fase de mantención dura entre 6 meses a 5 años (Prochaska, 1999). Se busca fortalecer y consolidar las nuevas estrategias de afrontamiento y las habilidades adquiridas en las etapas anteriores. Se busca el balance de estilo de vida a nivel conductual, cognitivo, emocional y social (Durán 2012).
- **Finalización:** Los individuos experimentan poca tentación de volver a viejos patrones, y si las hay cuentan con suficientes herramientas para evitarlo. Hay un sentimiento de autoeficacia, se implementa de manera cotidiana aproximaciones adecuadas para lidiar con los obstáculos, existe confianza en poder mantener el equilibrio adquirido.

4) Comunidad Terapéutica y Terapia Milieu: Tratamiento a través del ambiente

Las primeras incursiones de tratamiento con el modelo de comunidad terapéutica, datan del año 1920, realizadas en escuelas e internados por August Aichorn, Bruno Bettelheim, Fritz Redl y David Wineman (Gunderson, Will, Loren, y Mosher, 1990). Gracias al trabajo colectivo de estos autores, se ha reconocido al tratamiento comunitario como una herramienta poderosa y efectiva en el abordaje clínico en centros residenciales terapéuticos.

Dentro de la Comunidad Terapéutica, aspectos como la planta física, el orden y consistencia de las rutinas, son aspectos claves que facilitarían la adquisición de nuevas

habilidades, la predisposición hacia el cambio y la instauración de controles internos (Durán, 2012). Es importante mencionar que existen varios componentes necesarios para que la aproximación sea más efectiva, por ejemplo, el diseño e implementación de planes de tratamiento individuales, niveles progresivos de responsabilidad, una variedad de actividades significativas que promuevan conductas sociales proactivas y relaciones con familiares y personas significativas.

Existen grandes similitudes entre la terapia Milieu y el concepto de “Comunidades terapéuticas” (Jones, 1952). De hecho, se podría decir que la terapia Milieu es una subcategorización de las comunidades terapéuticas. La mayor diferencia radica en el foco de atención del trabajo; las comunidades terapéuticas se enfocan primordialmente en el tratamiento de pacientes drogodependientes, mientras que el foco de la Terapia Milieu, si bien acompaña el tratamiento de adicciones no solo se limita a este sino que se expande a otros diagnósticos, como el de los distintos trastornos de la personalidad.

Ambas enfatizan la importancia del ambiente como elemento terapéutico, confían con cierto optimismo en las interacciones entre el personal y la población residencial y tienen generalmente, una proporción alta de personal con respecto a los pacientes. Difieren en cuanto al diagnóstico o características sociales de los pacientes que tratan, y el tipo de terapias empleadas.

Etimológicamente, la palabra Milieu proviene del francés significando “lugar o medio”, en su uso cotidiano hace referencia al medio ambiente en el cual se desempeña una acción o un proceso. De acuerdo con Durán (2012), en sus inicios, la Terapia Milieu se utilizaba como un tratamiento “moral” siendo los centros donde se practicaba, sitios claves para el tratamiento de jóvenes con problemas “impulsivos y ego-d discapacitados” (Redl y Wineman, 1952).

La Terapia Milieu parte del precepto de que las conductas individuales pueden ser modificadas gracias al cuidadoso planeamiento e implementación de estrategias que incluyen el medio en el cual el sujeto se desempeña, se busca manejar y cambiar el comportamiento por medio de las relaciones interpersonales.

Gunderson, et al. (1990) proponen varios principios a esta modalidad:

- El Milieu o “espacio vital” es un ambiente terapéutico seguro, rico en oportunidades sociales planeadas para el tratamiento de los problemas que aquejan al usuario, dentro del cual, los eventos de la vida diaria e interacciones son diseñadas para que por medio de la retroalimentación se fomenten conductas adaptativas que fomenten el cambio y el establecimiento de confianza.
- El Milieu no es estático, mas bien es flexible, busca incorporar al usuario y se proveen estructuras comunes y familiares para todos los jóvenes, como lo son, las rutinas diarias, reglas y actividades consistentes.
- El Milieu pretende proveer apoyo, guía y refuerzo constante de las habilidades de los jóvenes para aprehender herramientas para la vida, como lo son habilidades para solucionar problemas, mientras que al mismo tiempo se les ofrece un lugar seguro para que estas habilidades se pongan a prueba y sean integradas a su repertorio de estrategias.
- El Milieu está conformado por todo el personal involucrado en el trato cotidiano con los usuarios, está basado en las relaciones interpersonales y pretende facilitar el desarrollo de una identidad positiva que permita al usuario entenderse mejor y a conducirse de una manera constructiva una vez fuera del mismo

Se puede decir que el objetivo principal de la Terapia Milieu es entonces proporcionar, en este caso a los adolescentes, la oportunidad de responder a los problemas actuales en una variedad de situaciones diferentes y descubrir y desarrollar las partes constructivas de su personalidad en diferentes grupos sociales y situaciones (Ammon, 1994).

No es inusual que los centros de tratamiento residencial favorezcan el uso de la entrevista motivacional, como una herramienta para establecer el “rapport” e iniciar la relación terapéutica. En el siguiente apartado se procederá a describir sus componentes y método de empleo.

5) Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica, centrada en el paciente que, fundamentalmente, ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de conductas o hábitos desadaptativos, para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se prepare y trabaje hacia el cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia. No pretende cambiar el estilo de trabajo de cada profesional, sino aportar herramientas que permitan afrontar situaciones que no han podido ser resueltas por las estrategias habituales empleadas para promover cambios en los pacientes (Lizarraga y Arraya, 2002)

De acuerdo a Rosenberg (2009), la meta final de la EM, es ayudar a los clientes a articular las razones y estrategias para el cambio. Para lograrlo, identifica las siguientes habilidades denominadas OARS (*Open ended questions, Affirmations, Reflective Listening, Summaries*, por sus siglas en inglés) así como conceptos básicos que guían y facilitan el trabajo terapéutico. Las intervenciones del terapeuta se centran en las fortalezas y habilidades existentes y buscan reforzar una perspectiva balanceada del cliente sobre sí mismo. Algunas de las técnicas utilizadas en la EM son:

- Escucha activa: Es la herramienta básica de la EM, es el mecanismo por medio del cual el terapeuta demuestra interés, empatía y entendimiento de la situación del cliente. La escucha activa se usa para crear momentum, constatar hipótesis, y obtener más información sobre algún tema.
- Preguntas abiertas: Son la espina dorsal del proceso de cambio, buscan facilitar la expresión y la narrativa del cliente y por ende la recolección de información relevante para el mismo. Se pretende que sean preguntas que evitan juicios de valor y que faciliten el reconocimiento y exploración del problema.
- Afirmaciones: Son frases que buscan reconocer las habilidades y fortalezas de los clientes, buscan elevar el sentido de autoeficacia del cliente. Se centran en comportamientos específicos, el terapeuta debe evitar frases que empiecen con: “Yo...”, se centran en descripciones en vez de evaluaciones.

- Síntesis de la narrativa: Pretende ser una devolución hacia el cliente que, de una u otra forma, organice el discurso de su experiencia. Puede ser en forma de una recolección de distintos episodios descritos por el cliente, se pueden establecer conexiones entre experiencias relatadas o transiciones entre episodios. Las mejores síntesis son breves, compresivas y organizan la experiencia del cliente de una forma tal que permiten evaluar la experiencia desde una perspectiva innovadora.

El valor de la entrevista motivacional en el trabajo con los jóvenes del centro es que permite una nueva visión de sus experiencias de vida, creando una disposición hacia el cambio. Es común que cuando los jóvenes son remitidos a tratamiento no ven sus comportamientos como problemáticos, o se sienten ambivalentes hacia el cambio. La entrevista motivacional facilitaría el abordaje clínico, ya que les permite incrementar la motivación, percatarse de las ventajas de cambiar sus conductas problemáticas y mantener su disposición a mejorar, todo mediante el uso de un diálogo abierto y respetuoso que fomente el auto-descubrimiento. Como se mencionó antes, la EM es solo una herramienta que se usará como parte de la aproximación terapéutica y esta estará articulada desde la Terapia Racional Emotiva Conductual, la cual se describe en el siguiente apartado.

6) Terapia Cognitiva Conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se puede usar para tratar una variedad de trastornos psicológicos. Se basa en la idea primordial de que la manera en que las personas piensan (cognición), sienten (emoción) y actúan (comportamiento) interactúan juntas, poniendo énfasis en la cognición sobre los otros dos elementos. De esta manera, pensamientos negativos o poco realistas pueden incrementar la tensión y las consecuencias experimentadas. La Terapia Cognitivo Conductual, es un término que incluye distintos enfoques terapéuticos con elementos comunes. Se describen a continuación dos de los enfoques seminales: la Terapia Cognitiva de Beck (1960) y la

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) iniciada por Albert Ellis en los cincuentas.

En 1956, Albert Ellis (1972) inicia una nueva corriente terapéutica denominada "Rational Therapy", en 1994, después de muchos años de investigación y desarrollo pasa a ser denominada "Rational Emotive Behavior Therapy" (REBT) (Ellis y Dryden, 1993), traducido acá como "Terapia Racional Emotiva Conductual" (TREC)

Ellis resumía su propuesta en una frase atribuida al filósofo griego Epícteto: *"Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos"*.

La Terapia Racional Emotiva Conductual es un sistema psicoterapéutico que busca reducir las reacciones emocionales "excesivas" y comportamientos contraproducentes mediante la modificación de pensamientos "erróneos" y creencias maladaptativas que los mantienen. (Ellis y Dryden, 2007). La teoría de Ellis es representada por el acrónimo "ABC" donde: "A" es el "Acontecimiento activador", el suceso o situación externa o interna (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación o emoción) que inicia el proceso. "B" (por "Belief System") es el sistema de creencias dentro del cual se interpreta "A". Este incluye el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas y filosofía de vida, entre otros. Y "C" (por "Consequence") representa la consecuencia o reacción ante "A", producido por la interpretación en "B". Las consecuencias pueden ser de tipo emotivo (emociones, sensaciones), cognitivo (pensamientos, ideas) o conductual (acciones) (Ellis y Dryden, 1997). En la actualidad, el modelo se completa también con los acrónimos "D" (por "Dispute") donde se disputan las cogniciones, conductas y emociones disfuncionales, seguido por "E" (Por "New Effect") o efectos de las nuevas forma de posicionarse respecto a "A", después de haber retado la creencia disfuncional en "B" (Ellis y Dryden, 1987).

La aproximación al tratamiento clínico de los pacientes parte de un análisis profundo de las particularidades de cada uno de ellos. La formulación del plan de tratamiento está basada en las cualidades individuales del usuario y en el modelo cognitivo conductual del trastorno particular. La aproximación es colaborativa, ya que busca construir confianza con el usuario; activa, ya que puede delegar tareas y requiere la

participación del mismo, basada en un cuestionamiento de preguntas abiertas y altamente estructurado (Ellis y Dryden, 2007).

Por otro lado, Beck es considerado uno de los teóricos más relevantes de la segunda mitad del siglo pasado debido a sus contribuciones al ámbito de la salud mental. Alcanzando la madurez en una era donde el paradigma predominante en salud mental era el modelo psicodinámico, Beck se forma primero como médico psiquiatra y después como psicoanalista.

Durante la década de los sesenta, Beck ejercía como psiquiatra en la universidad de Pensilvania. Al haber sido educado y formado como psicoanalista, Beck se propone llevar a cabo una serie de experimentos, con el fin de evaluar y validar varios conceptos psicoanalíticos relacionados con la depresión. Durante el curso de sus experimentos, Beck encuentra poca evidencia que apoye varios de los conceptos elegidos , lo que lo lleva a cuestionar la validez del método psicoanalítico y, eventualmente, articular un nuevo paradigma para conceptualizar y tratar la depresión (Beck, 1967). Básicamente, Beck observa que la mayoría de pacientes con Trastorno Depresivo comparten varias similitudes relacionadas con un sentimiento de pérdida o fallas personales que, más que responder a procesos inconscientes y la activación de defensas, responden a creencias formadas y establecidas a lo largo de la vida mediante una interpretación sesgada de la información. Tomando esto como base, Beck define la “Triada Cognitiva”, es decir las creencias e interpretaciones que se tienen y hacen sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre los demás. Se pone énfasis en un proceso causal, donde varios de los síntomas de la depresión son el resultado de estas creencias e interpretaciones erróneas. Beck propone que los pacientes con depresión exhiben una tendencia sistemática a percibir eventos y situaciones de una manera negativa. A lo largo de su vida, Beck continúa depurando su método y expandiendo el foco clínico de acción. El Modelo Cognitivo Conductual se enfoca en un proceso psico-educativo con los pacientes para que puedan identificar, explorar y evaluar la veracidad y certeza de sus creencias mediante la recopilación de evidencia y, en caso de ser necesario, realizar una reformulación de las mismas. La eficacia del Modelo Cognitivo Conductual ha sido probada y respaldada por cientos de

estudios y pruebas clínicas a lo largo de los años, y es el modelo con más respaldo de evidencia empírica (DeRubeis y Crits-Christoph, 1998).

Uno de los conceptos principales es el de Estructuras Cognitivas (Beck, Emery y Greenberg, 1985). Las estructuras cognitivas son una forma de esquemas, con los cuales las personas interpretan el mundo. Los procesos cognitivos o pensamientos, son el resultado de un proceso “automático” de atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados se relacionan con las creencias y lo que Beck llamó “Distorsiones Cognitivas” (Beck et al, 1985).

Para Beck, la Terapia Cognitiva Conductual es un proceso colaborativo, donde el terapeuta tiene un rol activo y directivo, el proceso está sujeto a un límite temporal y se enfoca en solucionar problemas mediante la adquisición de herramientas y estrategias.

En el siguiente apartado se expande la relación entre la Terapia Cognitivo Conductual, la depresión y ansiedad, se articula la manera en que el modelo conceptualiza estos dos diagnósticos y se sientan las bases para el diseño e intervención del plan.

Terapia Cognitiva Conductual, depresión y ansiedad

El DSMV agrupa bajo la denominación *Trastornos Depresivos*, distintas subcategorías, todas caracterizadas por la presencia de un estado anímico triste, aplanado e irritable, acompañado por cambios somáticos y cognitivos que afectan de manera significativa la capacidad de funcionamiento de las personas. Lo que diferencia una subcategoría de las otras es la duración y la presunta etiología (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013).

El trastorno de depresión es un problema que afecta el cuerpo, los pensamientos y el ánimo. Afecta la manera en la que las personas comen y duermen, cómo se sienten consigo mismas y cómo piensan al respecto de las situaciones, los otros, el futuro y el mundo. Es distinto de la tristeza, su duración es más extensa y en la mayoría de los casos se desconoce su etiología. Las personas que lo sufren, no pueden simplemente “hacerse

sentir mejor” o desear estar felices y en los casos en que no se trata, puede inhabilitar a las personas que lo sufren (Szentagotai, David, Lupu y Cosman, 2008).

En cuanto al Trastorno de Ansiedad, el DSMV (APA, 2013) categoriza distintos trastornos bajo el término y todos comparten la presencia de preocupación y anticipación exagerada, donde el miedo es la respuesta emocional más común ante amenazas reales o percibidas, y la ansiedad la emoción antecedente. El comportamiento se caracteriza por la presencia de un pensamiento tipo confrontación/ evitación, con tensión muscular y un estado de hiper-vigilancia. El Modelo Cognitivo, aplicado a la ansiedad, propone que las personas tienden a enfocar su atención en una imagen de sí mismos atribuida al otro, en una especie de lectura mental, cuyo resultado directo es que ignoran o no reconocen ciertas pautas sociales (Ellis, 1987). Estas personas tienden a tener una interpretación negativa de los motivos de los demás y tienden a evaluar de una manera negativa sus experiencias sociales.

Como se vio en la sección anterior, el modelo cognitivo permite realizar intervenciones en distintos ámbitos de las personas, con el fin de fomentar aproximaciones más sanas o experiencias emocionales reconstructivas. El trabajo terapéutico es cuidadoso y pone énfasis en la eficacia y el cambio. Para el presente trabajo, la intervención se basó primordialmente en la propuesta de Ellis y se usaron instrumentos de evaluación diseñados por Beck, los cuales serán presentados en la siguiente sección.

De acuerdo con Ellis (1982/1987/1988) en el modelo TREC existen dos tipos principales de alteraciones: las alteraciones del ego y las alteraciones por baja tolerancia a la frustración o al estrés. Ambas suceden cuando las “reglas de vida” de las personas están formadas por creencias irracionales o evaluaciones disfuncionales. Estas creencias irracionales o erróneas tienden a tomar la forma de “demandas absolutas” hacia sí mismo, los otros y el mundo. Las tres creencias irracionales más comunes se pueden ilustrar mediante las siguientes frases:

- “Debo de hacer todo lo que hago bien para ganar la aprobación de los otros, de lo contrario soy un inútil”.

- “Los demás me tienen que tratar bien y tienen que hacer las cosas bien o son seres terribles que merecen ser castigados”.
- “El mundo debería darme felicidad y ser fácil, no deberían de haber inconvenientes o estrés”.

Las personas con diagnóstico de depresión o ansiedad, muestran un sesgo en como interpretan la información, tienden a ignorar retroalimentación positiva, prestan demasiada atención a la retroalimentación negativa y generalizan frecuentemente. Por ejemplo, las personas deprimidas pueden negarse a reconocer que tienen al menos un amigo, que han alcanzado logros en sus vidas, o que su situación puede cambiar (David, 1999-2000).

Siguiendo el acrónimo básico de la TREC, de “A, B, C”, la clave para el cambio está en la modificación de las creencias erróneas “B”. La persona debe de aprender que, a pesar de que “A” puede parecer una situación difícil, no tiene que tener una consecuencia “C” negativa; es más, deben de aprender que sus pensamientos son los que causan estrés y frustración. No son las situaciones las que afligen a las personas, son las creencias negativas o erróneas las que causan la alteración.

Ellis identifica seis categorías básicas de creencias evaluativas irracionales:

- **Demandas absolutas:** pensamientos presididos por palabras como: *debo, tengo o debería*. Por ejemplo: “Debo ser amigo de todos en mi trabajo, no puedo soportar no agradarle a alguien” o “La vida debería de ser justa”, generalmente se expresan como inescapables y rígidas.
- **Pensamientos catastróficos:** pensamientos con palabras como *terrible, lo peor*, o con tendencias fatalistas.
- **Poca tolerancia a la frustración:** apreciación disminuida de las capacidades propias para lidiar con las demandas externas, se expresa mediante ideas como “no lo puedo manejar” o “es imposible”.

- **Auto abajamiento:** tendencia a ser híper crítico con sí mismo, a mantener un diálogo interno negativo o a evaluar el valor propio de una manera limitada o reducida.
- **Demandas hacia los demás:** tendencia a ser híper crítico con los demás, mantener expectativas irracionales o a realizar un juicio general sobre la persona basado en una o dos cosas.
- **Demandas hacia la vida:** evaluar la experiencia de vida de manera negativa o reduccionista.

Con el fin de facilitar el proceso y acorde con sus bases teóricas, se utilizan los siguientes tipos de intervenciones, las técnicas usadas, así como ejemplos durante la práctica, serán presentadas en la sección de “Intervención y planeamiento”.

Intervenciones cognitivas: son estrategias y técnicas específicas para cambiar o modificar pensamientos erróneos o creencias irracionales sobre eventos, el mundo , sí mismos o personas particulares.

Intervenciones emocionales: son intervenciones que pretenden cambiar o modificar los pensamientos erróneos o creencias irracionales a través de vías emocionales o se pueden evocar sentimientos basados en recuerdos, entre otros.

Intervenciones comportamentales: son aquellas que buscan modificar los hábitos, tendencias y costumbres que forman el comportamiento y se relacionan con las ideas erróneas.

Las relaciones entre los distintos componentes son complejas y profundas. Estas relaciones no son unidireccionales, lineales o exclusivas. En el siguiente apartado se describe uno de los instrumentos utilizados durante la presente práctica.

Inventario de funcionamiento emocional y social para adolescentes de Beck BYI-2 (Beck Youth Inventories 2 edition)

Este instrumento se diseñó con la meta de evaluar el funcionamiento emocional y social en población infantil y juvenil, en un rango de edad entre los siete y dieciocho

años. El inventario cuenta con cinco escalas de auto-reporte, que pueden ser usadas separadas o en conjunto, para evaluar síntomas de depresión, ansiedad e ira, indicadores de comportamiento disruptivo y el auto-concepto (Beck, Beck y Jolly, 2001).

Cada inventario consta de veinte ítems, afirmaciones en su mayoría, acerca de pensamientos, emociones y comportamientos asociados al funcionamiento emocional (ansiedad, depresión ira) y social (auto-concepto y comportamientos disruptivos). Los usuarios responden qué tan frecuentemente encuentran como verdaderas, las afirmaciones de cada prueba, durante las últimas dos semanas (Beck et al., 2001).

Los inventarios son:

- Inventario de depresión para adolescentes de Beck (BDI-Y, por sus siglas en inglés): este inventario permite la identificación temprana de síntomas de depresión, incluye ítems relacionados con: visión negativa de sí mismo, de la vida y el futuro; sentimientos de tristeza, culpa y alteraciones del sueño.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI-Y): evalúa preocupaciones acerca del funcionamiento académico, el futuro, reacciones hacia otros, temores y síntomas fisiológicos asociados a estados de ansiedad o miedo.
- Inventario de Ira de Beck (BANI-Y): evalúa pensamientos y percepción de ser tratado de manera injusta por otros, sentimientos de ira y odio.
- Inventario de comportamiento disruptivo (BDBI-Y): identifica pensamientos y comportamientos asociados a desórdenes de comportamiento, como el trastorno oposicional.
- Inventario de Auto-concepto de Beck: evalúa la percepción de autoeficacia, confianza e imagen positiva de sí mismo.

Cada inventario se puede completar en un lapso de cinco a diez minutos, los ítems están escritos de manera clara y sencilla, de manera que pueden ser administrados de manera oral, si fuese necesario. Estos inventarios fueron útiles durante las fases de planeamiento y evaluación de la presente práctica, al ser una forma eficiente para

monitorear severidad de síntomas y progreso del tratamiento. Su utilización no requiere entrenamiento previo.

Tomando lo anterior como referente teórico, se realizó la practica dirigida en Academia Nueva Cumbre la cual contó con los siguientes objetivos.

7) Objetivos Generales de la práctica

- 1 Incorporarse como psicólogo al equipo de trabajo del departamento de Crecimiento Personal de ANC y documentar el proceso de inserción profesional.
- 2 Articular la intervención clínica desde el modelo Cognitivo Conductual, dirigida a seis jóvenes diagnosticados con trastornos de depresión y ansiedad.

8) Objetivos Específicos

- 1 Conocer el esquema institucional de trabajo de ANC.
- 2 Conocer y ejercer las funciones que desempeñan los psicólogos en el Departamento de Crecimiento Personal de ANC.
- 3 Utilizar procedimientos de evaluación conductual que determinen la estructura y objetivos de la intervención.
- 4 Aplicar los planes de intervención Cognitivo Conductual para el tratamiento de la depresión y ansiedad.
- 5 Evaluar la efectividad de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.
- 6 Aportar a la creación e implementación de un Milieu más sano mediante la facilitación de procesos grupales.
- 7 Documentar y reportar a los padres y consultores académicos el progreso del usuario.
- 8 Facilitar procesos grupales semanales con los beneficiarios de la práctica.

III. Metodología de trabajo

En el presente apartado se articula el método utilizado para la ejecución de la práctica. Primeramente se definen las actividades, funciones y tareas básicas realizadas, seguidas por una descripción de la población del centro.

1. Definición de las tareas básicas y metas por objetivos específicos

1) Familiarización con políticas y prácticas institucionales

Tareas

- a) Entrevista y reuniones con el personal interdisciplinario del centro con el fin de conocer roles y responsabilidades.
- b) Revisión de documentación interna del centro respecto a deberes y responsabilidades del practicante.
- c) Aprender y conocer la Misión y Visión institucional.
- d) Familiarización con reglas y prácticas institucionales, lectura del manual de reglas y comportamiento para los usuarios del centro.
- e) Observar y conocer el día a día de los usuarios del centro.
- f) Lectura de documentos y reuniones con el encargado del departamento académico, para familiarizarse con el sistema educativo estadounidense.

Objetivos prácticos

- a) Facilitar el proceso de adaptación del practicante en ANC.
- b) Definir el rol del practicante dentro de la institución.
- c) Trabajar con entendimiento de las expectativas conductuales e institucionales para los usuarios del centro y para el practicante.
- d) Expandir y afinar el conocimiento del practicante del sistema educativo estadounidense, del sistema de salud mental y los centros terapéuticos residenciales.
- e) Alinearse con la misión y objetivos institucionales.

- f) Fomentar la coherencia en las interacciones entre los funcionarios y los usuarios del centro.

2) Selección y caracterización de los participantes.

Tareas

- a) Entrevista y reuniones con el personal del centro encargado del trabajo con los jóvenes.
- b) Revisión de expedientes de los usuarios incluyendo: historial médico disponible, historia clínica psicológica, farmacoterapia actual o pasada.
- c) Reunión con el supervisor técnico para discutir hallazgos y seleccionar beneficiarios directos.

Objetivos prácticos

- a) Obtener un primer filtro de selección de participantes a partir de la entrevista.
- b) Corroborar y conocer diagnósticos de la población, conocer la proyección de permanencia en el centro y estadio de proceso.

3) Evaluación

Tareas

- a) Observación participante y no participante en distintas actividades de la comunidad terapéutica.
- b) Entrevistas clínicas, siguiendo la propuesta de la entrevista motivacional.
- c) Entrevistas con los padres o guardianes legales.
- d) Conversación con terapeuta referente o último tratante de los participantes de la práctica.
- e) Aplicación del Inventario de Depresión de Beck (2002)
- f) Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (2002)
- g) Aplicación del Inventario de Ira de Beck (2002)
- h) Aplicación del Inventario de Auto-concepto de Beck (2002)
- i) Validación o replantación diagnóstica.

Objetivos prácticos

- a) Conocer las particularidades y cuadros clínicos de los participantes de la práctica.
- b) Fomentar la creación de un “rapport” positivo entre el psicólogo y los practicantes.
- c) Corroborar, descartar o identificar diagnósticos previos o nuevos, en los participantes de la práctica.
- d) Establecer una línea base para el tratamiento de la depresión, ansiedad y abuso de sustancias.
- e) Examinar la severidad de la depresión, ansiedad y problemas de comportamiento en los participantes.
- f) Entender mejor la situación familiar y psicosocial de los participantes.
- g) Recolectar evidencia para la formulación de hipótesis de trabajo, planes de tratamiento y las intervenciones pertinentes y acordes con las necesidades de los participantes.
- h) Ampliar, corregir y actualizar conocimientos teóricos y prácticos correspondientes al tema de la práctica.

4) Diseño del Plan de Tratamiento

Tareas

- a) Integración de la información recolectada en la etapa de evaluación en un plan de tratamiento coherente, conciso y alcanzable.
- b) Revisión bibliográfica.
- c) Reuniones y discusiones de caso con el equipo interdisciplinario institucional de trabajo.
- d) Sesiones con los participantes de la práctica.
- e) Establecimiento de metas.
- f) Creación de las intervenciones.
- g) Establecimiento de los marcadores de progreso.

Objetivos prácticos

- a) Delinear el curso de tratamiento de los participantes.

- b) Fomentar la creación de un “rapport” positivo entre el practicante y los usuarios.
- c) Empoderar a los usuarios en la creación de su propio plan de tratamiento.
- d) Nombrar los cambios específicos esperados al final del tratamiento.
- e) Definir variables comportamentales de éxito o conductas esperadas.
- f) Definir estrategias de intervención; estas pueden ser de carácter, cognitivo, comportamental, farmacológicas u orientadas a la dinámica familiar.
- g) Definir el encargado de realizar las intervenciones, dado que el tratamiento se da en un contexto comunitario, algunas intervenciones pueden ser ejecutadas por diversos miembros de equipo de tratamiento e incluso por el grupo de pares.

5) Implementación del plan de tratamiento

Tareas

- a) Creación y seguimiento de un horario para las sesiones individuales, grupales.
- b) Mantener un mínimo de dos sesiones semanales, de al menos 45 minutos ,con cada uno de los participantes.
- c) Documentación de las sesiones mediante notas DAP (Descripción, Análisis y Plan).
- d) Reuniones con el equipo interdisciplinario de trabajo para crear, adecuar, realizar evaluar las intervenciones con el fin de alcanzar los objetivos antes creados.
- e) Implementación de intervenciones personalizadas con cada uno de los participantes.
- f) Llamadas a padres, guardianes legales y consultores académicos para mantenerlos al tanto del proceso.

Objetivos prácticos

- a) Poner en práctica los conocimientos del practicante.
- b) Ejercer el rol de psicólogo dentro de la institución al crear desarrollar e implementar el plan.
- c) Organizar las semanas laborales.
- d) Integrar conocimiento adquirido durante la carrera y las etapas iniciales de la práctica.

6) Evaluación del proceso y resultados

Tareas

- a) Aplicación de pruebas de seguimiento a los participantes para evaluar la prevalencia de los diagnósticos.
- b) Observaciones participante y no participante.
- c) Entrevistas con los beneficiarios de la práctica.
- d) Entrevistas con los guardianes legales de los beneficiarios directos de la práctica.
- e) Reuniones y discusiones con el equipo interdisciplinario institucional sobre el progreso de los beneficiarios directos.

Objetivos prácticos

- a) Evaluar la efectividad del tratamiento
- b) Generar recomendaciones clínicas para futuros tratantes de los beneficiarios directos.
- c) Generar recomendaciones clínicas en función de mantener el progreso obtenido por los beneficiarios directos fuera de ANC.
- d) Crear una prognosis sobre el curso de la ansiedad, depresión o abuso de sustancias de los beneficiarios.
- e) Facilitar la continuidad en caso de ser necesario, una vez que hayan dejado el centro.

(a) Sujetos

La población estuvo constituida por seis adolescentes varones entre los quince y dieciocho años, usuarios del centro académico residencial terapéutico ANC. Estos seis jóvenes formaron parte de un cohorte de trabajo y permanecieron en la institución por un periodo de un año. Con ellos se llevó a cabo el diseño e implementación de un plan de tratamiento terapéutico. El hecho de que se eligieran solamente seis, parte de la estructuración del horario de trabajo del practicante y las responsabilidades con cada caso y el centro. Aunado a esto, el supervisor del practicante en el centro, consideró que éste

era un número razonable de casos para manejar en función de las responsabilidades y experiencia del practicante.

Los beneficiarios indirectos fueron:

- Las familias de los usuarios del centro.
- El personal de la institución.
- La sociedad costarricense al ganar un profesional más, equipado con herramientas y conocimientos en el área de tratamiento terapéutico de jóvenes adolescentes.

2. Criterios de protección de los participantes

Para esta práctica dirigida, al igual que en todas las investigaciones donde se involucran seres humanos, fue fundamental la protección de los sujetos participantes. Para ello, se tomó en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- a) Consentimiento informado. Se les informó a los participantes y sus guardianes legales las condiciones bajo las cuales se trabajó. Se pidió su autorización para la participación en la práctica (Anexo 1).
- b) La participación fue absolutamente voluntaria, no se dio ningún tipo de recompensa material.
- c) Los participantes pudieron abandonar el proceso terapéutico con el practicante si así lo hubiesen querido ellos o sus guardianes legales.
- d) No se aceptó ningún tipo de retribución material por parte de los usuarios ni de sus familias, durante la práctica.
- e) La relación entre el practicante y los usuarios fue estrictamente terapéutica y profesional, dentro del marco de trabajo de la comunidad terapéutica y la terapia individual.
- f) Las decisiones terapéuticas, intervenciones y cambios al plan de tratamiento necesarios durante el proceso, fueron realizados en conjunto con el comité asesor de la práctica dirigida y el supervisor institucional.

- g) Al tratarse con sujetos mayoritariamente extranjeros, la confidencialidad de los sujetos y de sus archivos siguió los requerimientos explicitados por la ley HIPPA.

3. Método de supervisión.

La supervisión en el sector salud es una actividad compleja. Esta ocurre en un variedad de escenarios, donde tiene distintos significados, funciones y modos de ejecución; sin embargo, el denominador común en todos ellos es que la supervisión es un intercambio interpersonal.

En el quehacer clínico, la supervisión cumple un rol de vital importancia en la formación de profesionales, la misma tiene la capacidad de proveer al practicante de nuevas herramientas y habilidades que enriquecen su saber y que, por ende, mejoran la calidad del servicio brindado.

A pesar de la relevancia del tema, Kilminster y Jolly (2000) reportan que existe un número limitado de estudios dedicados a la evaluación de procesos efectivos de supervisión en prácticas clínicas. De acuerdo con los autores mencionados, el proceso de supervisión tiene tres objetivos principales: uno administrativo, otro formativo y el último de soporte para el practicante. También mencionan que los beneficiarios de una supervisión efectiva son, en primer lugar, el usuario del servicio; quien se asegura una atención de mejor calidad; y, en segundo lugar, el supervisado, teniendo la oportunidad de afinar sus conocimientos y repertorio clínico en un espacio dedicado al aprendizaje. Con respecto al factor más importante para el proceso de supervisión, Kilminster y Jolly (2000) identifican la relación entre supervisado y supervisor como el factor determinante en un buen proceso de supervisión; la herramienta más efectiva para el proceso es la retroalimentación sobre el quehacer clínico del practicante, así como un acompañamiento en los distintos escenarios donde se desenvuelve el mismo.

Dentro de ANC, el psicólogo encargado del practicante fue el Msc. Mario Durán Araya, de la Universidad Estatal a Distancia y director del Departamento de Psicología, conocido como Departamento de Crecimiento Personal. Para llevar a cabo el proceso de supervisión se contó con los siguientes espacios:

- Reuniones diarias de una hora con el encargado del practicante en el centro, Mario Duran Araya. Se discutieron aspectos técnicos y teóricos de los casos, aspectos de diseño, evaluación, planeación e implementación del plan de tratamiento individual de los usuarios, así como progreso u obstáculos en el proceso.
- Una reunión semanal de una hora con el equipo multidisciplinario de trabajo. Se discutieron particularidades de los casos y estrategias para la semana, así como una revisión del trabajo de la semana anterior.
- Una reunión semanal de dos horas con todos los psicólogos del centro. En este espacio, se discutieron casos fuera de la población beneficiaria y tenía un carácter didáctico.
- Una reunión semanal de una hora con el director de la práctica, PhD. Ronald Ramírez Henderson, durante el primer mes. Reuniones quincenales durante el segundo y tercer mes. Y una reunión mensual durante los siguientes meses.

No está de más mencionar, que dada la naturaleza del contexto terapéutico, se contó con un sinnúmero de espacios informales a lo largo de la práctica que fueron de gran valor educativo.

IV. Resultados

El presente apartado recoge los resultados obtenidos a lo largo de seis meses en Academia Nueva Cumbre, trabajando un promedio de cuarenta y ocho horas a la semana, ejerciendo a tiempo completo el rol de “Case Manager” y terapeuta de seis jóvenes.,

Se describe en los siguientes apartados: el proceso de inserción a la institución, las características demográficas de los participantes, el proceso grupal del cohorte y el proceso individual de dos de los beneficiarios de la práctica. Se provee también un resumen de los resultados en la batería de pruebas de Beck (2001) del resto de la población.

En cada apartado se describen las actividades y funciones ejecutadas, as como los obstáculos encontrados en el proceso.

1. Familiarización con la institución e inserción programática

Durante las primeras dos semanas de la práctica, el sustentante se enfocó en conocer y aprender las prácticas y políticas institucionales. Se realizaron cuatro reuniones, de una hora cada una, con el supervisor institucional Msc. Mario Durán Araya, los directores del Departamento Académico, Educación Experiencial y la Directora General del centro. Con base en estas reuniones, se determinaron áreas y tareas del practicante en cada uno de los departamentos, dado el enfoque integral del centro.

Una de la primeras tareas fue la revisión de protocolos institucionales. Esta se enfocó en dos documentos: el “Manual de Comportamiento y Reglas” de los usuarios del centro y el “Manual de Comportamiento para el personal”. El primero, estipula deberes y responsabilidades de los usuarios y sirvió como una guía para establecer parámetros comportamentales durante el trabajo con los usuarios. Dado que la instauración de rutinas saludables y el seguimiento de estándares claros son deseados en los usuarios, fue de vital importancia para el proceso familiarizarse con las rutinas y el manual. Dicho manual consta de sesenta páginas, y está dividido en tres secciones principales: “Manual

Académico”, “Manual de Educación Experiencial” y “Manual de Crecimiento Personal”, los cuales se discutirán más adelante en profundidad. Se realizaron observaciones participantes y no participantes con profesores, personal de planta y otros psicólogos del centro durante sus tareas cotidianas. Se realizaron quince entrevistas, de cuarenta y cinco minutos y tres reuniones de una hora, con distintos miembros del personal para familiarizarse y entender mejor sus labores, identificar posibles áreas de trabajo interdisciplinario y profundizar sobre diversos temas, como la filosofía institucional. Se revisó también el “Manual de Comportamiento para el personal”. Esto facilitó conocer el programa, así como el día a día de los usuarios del centro. El conocimiento de la filosofía del centro, las rutinas institucionales así como las reglas y expectativas para los usuarios y trabajadores, fueron importantes durante la etapa de intervención, ya que todo lo anterior permitió mantener coherencia y consistencia entre el personal y el quehacer del practicante durante intervenciones conductuales *in situ*.

Se presenta a continuación una breve descripción de cada departamento basado en lo aprendido durante esta etapa.

(a) Departamento Académico

El proceso académico dentro de ANC se enfoca en un proceso de aprendizaje dinámico, basado en la Teoría de Inteligencias Múltiples propuesta por Howard Gardner (1983). Esta aproximación permite a los usuarios aprender utilizando sus fortalezas y desarrollar estrategias para enfrentar retos, facilitando una experiencia exitosa y significativa en las clases. Aparte de evaluaciones tradicionales como exámenes o trabajos grupales, se utilizan también métodos de aprendizaje experiencial. Por ejemplo, para aprender sobre ecosistemas de Costa Rica, cuando se debía aprender de los manglares, se impartió el contenido durante una de las Aventuras en la Península de Osa, los usuarios nadaron en un estuario y se relacionaron con los vecinos de la zona, aprendiendo de primera mano cómo es la vida diaria en dicho lugar. Para las clases de biología, hicieron un jardín orgánico en el que trabajaban todos los días. Esto para fomentar el aprendizaje mediante experiencias y un enfoque manos a la obra.

Durante el proceso de admisión, el director del departamento académico realiza una revisión del plan académico actual y crea una trayectoria académica que permita

completar los créditos necesarios, ya sea para completar grados o graduarse de secundaria. Aunado a esto, a cada uno de los usuarios se le asigna un consejero académico que trabaja de manera cercana e individualizada. El practicante colaboró con estos consejeros en la implementación de distintas estrategias de trabajo en el aula que favorecieran a los usuarios y solventaran necesidades específicas. Se mantuvieron reuniones semanales de una hora para conocer el avance en las clases, así como los problemas encontrados. Los profesores son parte importante de la Comunidad Terapéutica, los usuarios establecen relaciones cercanas con ellos, permitiendo trabajar desde una relación horizontal y personalizada. Se realizó una evaluación académica de los usuarios con el fin de plantear metas académicas y conocer más a fondo su estilo de aprendizaje, el practicante se familiarizó también con las políticas disciplinarias del departamento y con el sistema educativo estadounidense.

(b) Departamento de Educación Experiencial.

El eje experiencial busca enseñarle a los usuarios el concepto de "riesgos sanos" y el aprecio por la naturaleza. Mediante excursiones física y mentalmente demandantes en distintos escenarios naturales, se trata de enseñar valiosas lecciones de vida que les permitan a los usuarios desarrollar o cultivar habilidades de liderazgo, auto-eficacia, y confianza en sí mismos.

El departamento se encarga de planear y ejecutar las aventuras y distintas actividades recreativas y atléticas de ANC. Es el encargado del día de los usuarios, una vez que la jornada académica ha finalizado. Para mantener a los usuarios involucrados y activos en la comunidad, se ofrecen clubes y grupos que suplan las necesidades de la población. Durante la práctica, existían los siguientes clubes: escalada, surf, montañismo, y patinaje. Existían también equipos de: ciclismo, baloncesto, fútbol y voleibol. El personal vela por la seguridad de los usuarios. El personal, en general durante las actividades, asiste en intervenciones terapéuticas de índole conductual y vela por la adición de los usuarios al código de comportamiento y rutinas de la institución.

Tiene también una labor educativa y formativa en la adquisición de habilidades básicas de vida, que faciliten alcanzar un estilo de vida independiente y balanceado

después del programa. Los empleados de este departamento y los usuarios, participan en la manutención del centro, realizando quehaceres básicos como limpieza de los dormitorios, baños y áreas comunes. También participan en la preparación de alimentos y en la toma de decisiones que afectan a la comunidad. Dada la proximidad y la frecuencia del contacto, el personal de este departamento lidia con situaciones en los dormitorios que requieran ayuda en el manejo y resolución de conflictos o algún tipo de medida disciplinaria.

Este departamento es el principal encargado de la logística de las Aventuras. Las Aventuras son un componente importante del programa de ANC, todos los usuarios participan en, al menos cinco, “Aventuras Integradas”. Las aventuras se programan cada tres meses y marcan el punto medio del cuatrimestre académico. Estas cuentan con un componente académico, experiencial y terapéutico. Son viajes de una semana en distintos escenarios naturales donde se busca poner en práctica e integrar los conocimientos y habilidades adquiridas.

- Kayak en Golfo Dulce: Los usuarios se enfocan en conocer el impacto ambiental causado por el ser humano en la arrecifes de coral y los manglares,
- Parque Nacional Corcovado: Académicamente, se enfoca en la ecología del bosque húmedo y mecanismos de defensa de los animales.
- Rafting en el bosque lluvioso: El énfasis académico está en la interconectividad de los diferentes biomas y la importancia de los mismos a nivel mundial.
- Servicio Comunitario: Los usuarios crean e implementan un proyecto de servicio comunitario con el fin de devolver algo a una comunidad y practicar altruismo.
- Chirripó: Es la última Aventura, y busca simbolizar la nueva cumbre a la que llegan los usuarios del centro. Se enfoca en la reflexión del proceso.

(c) Departamento de Crecimiento Personal.

El departamento de Crecimiento Personal se encarga del proceso terapéutico, tiene un enfoque basado en las relaciones interpersonales y en el tratamiento comunitario (Durán, 2012). Se busca que la comunidad sea un ambiente saludable, con un grupo de pares positivo, donde se nutran relaciones interpersonales respetuosas y honestas. Prefiere usar el término “crecimiento personal”, en vez de “terapia” para denotar un proceso integral que se mantiene a lo largo de la vida .

El personal del departamento está conformado por psicólogos, a cargo del proceso terapéutico de los usuarios y sus familias. Dentro de la institución, llevan el título de “case manager” o “encargado del caso”. Los psicólogos cuentan con libertad para trabajar desde el paradigma psicológico de su preferencia, sin embargo, dada la naturaleza del centro, la mayoría de las intervenciones son de carácter conductual. Los terapeutas participan en la mayoría de actividades junto a los usuarios, con el fin de proveer un rol de modelaje y crear relaciones fuertes y saludables. Estos espacios permiten realizar observaciones “en vivo” de los usuarios, ofreciendo oportunidades para implementar distintas intervenciones, en situaciones relativamente contenidas de un escenario social mas amplio.

Se valora el tratamiento grupal. Al momento de la práctica se contaban con los siguientes grupos terapéuticos: Narcóticos Anónimos, Grupo de Habilidades de Afrontamiento, Grupo para Co-dependientes, Grupo para Usuarios con Comportamientos Obsesivos, Grupo de Identidad, Grupo de Meditación y Relajación Progresiva. Estos grupos se reúnen una vez a la semana y son de carácter voluntario. Existen dos grupos semanales y obligatorios, uno donde se trabaja con los jóvenes asignados a cada terapeuta, llamado *IGP Group*, por sus siglas en inglés (“Individual Goal Plan”) y el grupo del cohorte de Aventura. El usuario facilitó varios de estos grupos, los resultados se presentan más adelante en la sección de trabajo grupal

Con el fin de empoderar a los usuarios, se busca que participen en la toma de decisiones del centro y en las relacionadas a su proceso terapéutico. Una de las herramientas más valiosas del departamento son los “Consejos de Honor”. Estos son

reuniones donde un número igual de usuarios y personal de distintos departamentos se reúnen para dialogar sobre una situación particular, ésta puede ser de carácter individual o grupal, todas las decisiones son tomadas por consenso y las discusiones son de carácter confidencial. Este espacio permite fomentar la comunicación asertiva, la resolución efectiva de conflictos y la confianza entre los miembros del Comunidad Terapéutica.

Dada la aproximación integral del centro, la habilidad para trabajar en equipo y colaborar con profesionales de distintas áreas, como profesores, médicos y personal de planta fue vital. Se mantuvieron dos reuniones semanales de al menos hora y media con diversos miembros del personal, una de ellas con profesores y otra con los miembros del departamento de educación experiencial. La flexibilidad con los horarios y la disposición durante fines de semana y jornadas nocturnas fue otro de los requisitos cumplidos por el practicante.

Durante los seis meses de duración, el practicante fue responsable del crecimiento personal, desarrollo y progreso clínico de seis usuarios y sus familias. Para esto, se realizaron sesiones terapéuticas individuales y familiares, orientadas a completar metas de tratamiento, con su respectiva documentación. Se presentaron doce reportes de progreso individual de los usuarios, en los cuales se describía el trabajo realizado, logros, obstáculos y planes de tratamiento. Los mismos se entregaron bimensualmente a los padres y consultor académico. Se realizaron sesiones semanales de una hora con cada una de las familias, donde se trabajaron aspectos de la dinámica familiar, se brindaban avances del progreso de los usuarios o se discutían estrategias para las llamadas. Durante el lapso de la práctica, se participó en una de las “Aventuras Integradas” la cual duró una semana y se colaboró con el desarrollo e implementación de la misma, tanto en el planeamiento como en la ejecución y evaluación. Durante esta experiencia, se realizaron grupos, intervenciones terapéuticas y se mantuvieron múltiples sesiones individuales con los usuarios. La tabla uno, sintetiza la cantidad de sesiones, grupos, informes de progreso y llamadas a padres.

Semanas de trabajo en el centro.	Número sesiones individuales	Numero de Grupos	Cantidad de llamadas con padres	informes Individuales de progreso
27	192	32	96	12
Promedio individual de tiempo invertido en cada tarea	60 min	90 min	60 min	180 min

Tabla 1. Resumen de sesiones y grupos

Las primeras tres semanas de la práctica, se enfocaron en familiarizarse con la institución, se dedicaron dos horas de la jornada diaria a preparación de materiales para grupos y revisión de bibliografía. Se participó en actividades comunitarias donde se compartieron intereses, pasiones y habilidades personales que ayudaron a establecer una conexión con los usuarios y que permitieron el desarrollo del proceso terapéutico. De acuerdo al primer objetivo de la práctica, se revisaron treinta y ocho expedientes de usuarios, para obtener conocimiento específico de los beneficiarios directos de la práctica y conocimiento general de los demás usuarios del centro. Gracias a esto, se pudo colaborar con el proceso de otros usuarios. Se brindó apoyo en el proceso terapéutico de todos los jóvenes del centro, mediante la participación en actividades comunales y grupos terapéuticos. También se participó en intervenciones dirigidas por otros miembros del personal (de todos los departamentos), de una forma efectiva. Para esto, fue vital mantener un flujo efectivo de información pertinente de los casos entre los miembros del equipo de trabajo, durante coordinación de actividades e intervenciones. Se proveyó asesoría técnica al personal de planta y estrategias básicas de intervención en crisis. Es importante mencionar que el cuadro anterior solamente hace referencia a las sesiones formales con los beneficiarios y sus familias, aparte de estas, se mantuvieron numerosas conversaciones e interacciones de carácter terapéutico con los usuarios y demás miembros del centro, facilitadas por el enfoque comunitario.

Esta fase del proyecto incluyó un proceso de familiarización con distintas plataformas virtuales utilizadas en el programa, son relevantes dos:

- Best Notes: Es una plataforma virtual, utilizada por servicios de salud mental estadounidenses, su principal función es almacenar y manipular información confidencial acorde con la legislación federal. Su rol principal es dar fe del proceso médico y terapéutico de los usuarios con el fin de realizar cobros a compañías aseguradoras o trasladar documentos entre instituciones, tiene un carácter oficial, su uso es exclusivo por el personal administrativo, médico y terapéutico.
- Student Tracker: esta es una plataforma creada exclusivamente para ANC, pretende ser una central de información sobre los usuarios y el estatus general de la Comunidad Terapéutica. Los trabajadores del departamento académico, experiencial y terapéutico tienen acceso a esta plataforma. Se registran distintas interacciones entre usuarios y personal, desempeño en clases, notas DAP de sesiones individuales, intervenciones o llamadas con padres. Esta plataforma permite mantener un flujo efectivo de información relevante entre departamentos. Allí también se puede “calificar” a los usuarios en distintas categorías asociadas a comportamientos y actitudes saludables.

En general, el proceso de familiarización con la institución fue clave para el curso de la práctica, permitió orientarse dentro de la institución y tener un mejor entendimiento de las prácticas y políticas institucionales, permitió también desarrollar relaciones con miembros de otros departamentos, promoviendo coherencia dentro de la institución.

En el siguiente apartado, se provee una descripción de la población general basada en el proceso de revisión de expedientes y la fase inicial de inserción a la institución; es seguida por una caracterización sociodemográfica de los seis beneficiarios. Una vez concluido esto, se realiza una descripción del cohorte de trabajo y las actividades realizadas con el mismo.

2. Características generales de la población del centro.

En ANC existe una población residente de al menos treinta y seis usuarios en todo momento. Para la presente práctica se revisó un total de treinta y ocho expedientes de usuarios.

Cuatro de los usuarios, dejaron el centro en el transcurso del primer mes dado que el centro no podía servir de la mejor manera las necesidades particulares del usuario y sus familias.

De los treinta y ocho expedientes revisados, veinticinco tenían mas de seis meses de estar en el centro y ya tenían un plan de tratamiento en marcha. Tres familias se rehusaron a participar en la práctica. Para la selección de los seis sujetos beneficiarios, el mecanismo más efectivo fue la referencia de los profesionales en psicología del centro y el momento de llegada.

La institución solamente recibe adolescentes varones con diagnóstico específico. Ciertos cuadros diagnósticos escapan al foco de atención que brinda el programa, por ejemplo, trastornos esquizofrénicos o ciertas subcategorías del espectro autista. El Gráfico 1, resume la frecuencia diagnóstica de los usuarios de ANC, el gráfico 2, representa la frecuencia y cantidad de usuarios que tomaban medicación psiquiátrica, al momento de la práctica.

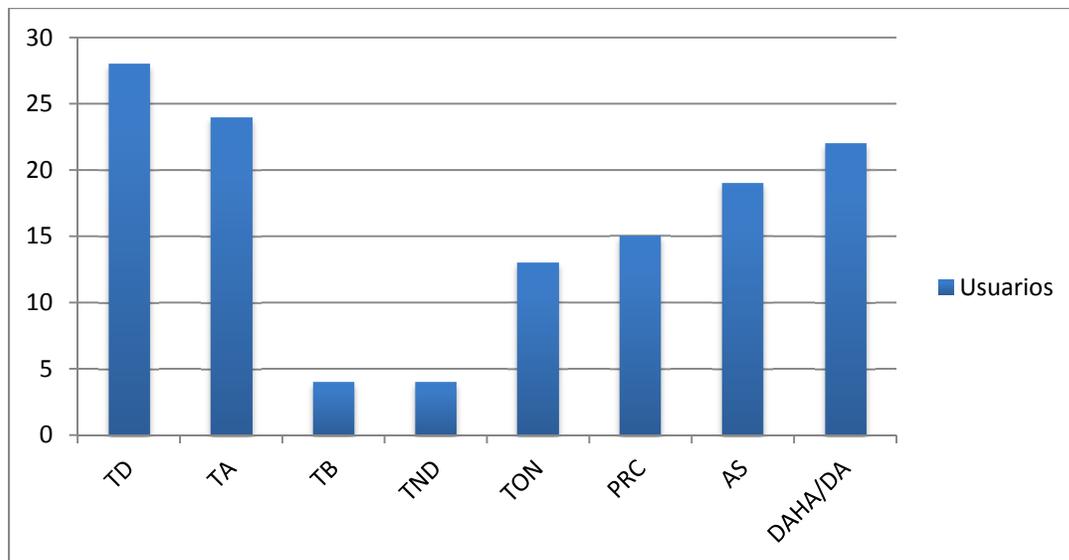


Gráfico 1. Distribución Diagnóstica de la población

Donde TB equivale a trastorno bipolar, TON (trastorno oposicional negativista), TND (trastorno del neurodesarrollo), ABS (abuso de sustancias), DAHA (déficit atencional con híper actividad), TC (trastorno de la conducta) y PFE (problemas de funcionamiento ejecutivo).

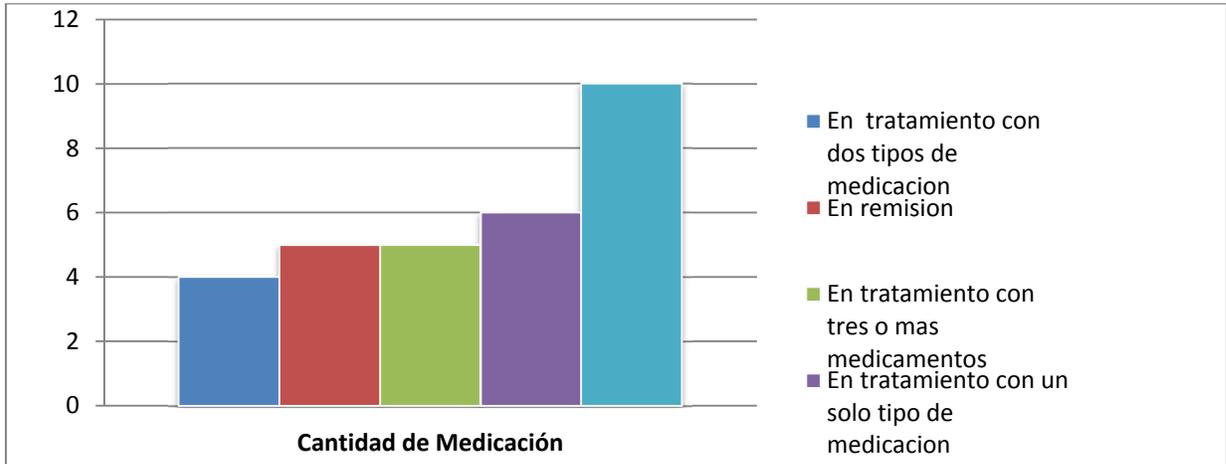


Gráfico 2. Medicamentos y cantidades en la población

Tomando como base lo aprendido en la etapa de familiarización con la institución, la Tabla 2 resume, de manera general, una semana de los usuarios del centro:

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00 am	Llamada matutina	Llamada matutina	Llamada matutina				
7:00-8:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
8:00-10:45	Bloque de Clases 1	Actividad recreativa	Actividad recreativa				
10:45-11:00	Receso alimenticio	Receso alimenticio	Receso alimenticio				
11:00-12:00	Bloque de Clases 2	Actividad recreativa	Actividad recreativa				
12:00-1:00	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo	Almuerzo
1:00-3:30	Bloque de Clases	Tiempo Libre	Tiempo Libre				
3:45-4:00	Receso alimenticio	Tiempo Libre	Tiempo Libre				
4:00-4:30	Tiempo libre	Tiempo libre	Tiempo libre				
4:30-5:30	Ejercicio físico	Ejercicio físico	Ejercicio físico	Ejercicio físico	Actividad recreativa	Ejercicio físico	Ejercicio físico
6:00-7:00	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
7:00-8:00	Grupo terapéutico	Grupo terapéutico	Grupo terapéutico	Grupo terapéutico	Actividad recreativa	Tiempo Libre	Tiempo Libre
8:00-10:30	Tiempo libre	Tiempo libre	Tiempo libre	Tiempo libre	Actividad recreativa	Tiempo libre	Tiempo libre
11:00	Toque de queda	Toque de queda	Toque de queda				

Tabla 2. Horario semanal de los usuarios del centro

Los usuarios del centro viven en complejos formados por dos dormitorios que albergan a cuatro personas cada uno. Cada complejo cuenta con sanitarios y duchas, cuarto de pilas y un área común. Existen diversas áreas verdes, dos jardines orgánicos, área común con televisor, mesa de pool y mesa de ping pong, estudio de música, gimnasio y pared de escalada. Se busca mantener a los usuarios activos en su tiempo

libre mediante actividades que fomenten la interacción entre ellos y el personal. Diariamente, se participaba en actividades cotidianas con los usuarios con el fin de fomentar una relación afable basada en la confianza, estos espacios fueron vitales para poder cumplir con el rol de modelaje esperado del personal. El practicante participó en distintas actividades comunitarias que abarcaban desde preparación de alimentos, ejercicio o sesiones de terapia familiares.

Es importante mencionar que el programa tiene una duración mínima de un año, de manera que el practicante solamente participó en la mitad del curso programático.

El apartado siguiente describe, de manera específica, las características de la población con la que se trabajó directamente durante la práctica.

(a) Características socio-demográficas de los beneficiarios de la práctica.

La población beneficiaria fueron varones, estadounidenses, entre los dieciséis y los dieciocho años edad. El nivel de escolaridad era educación secundaria en proceso de graduación. Dos de ellos venían de familias divorciadas, el resto vivía con ambos padres. Dos de los beneficiarios fueron adoptados durante su infancia.

La escolaridad de los padres era universitaria o superior, y reportaban ingresos anuales superiores a los setenta y cinco mil dólares.

Dado el momento de ingreso a la institución, estos seis estudiantes formaron parte de un cohorte de trabajo. Esto quiere decir que participaron juntos en las “Aventuras” y otros hitos programáticos de carácter grupal. El cohorte de trabajo, estuvo constituido por los jóvenes antes descritos. Todos ellos ingresaron en un momento similar, la salida del programa se proyectó al plazo de un año.

En el siguiente apartado se realiza una descripción del cohorte de trabajo formado por los beneficiarios, así como la estructuración e implementación de los procesos grupales ejecutados por el practicante.

3. Proceso del Cohorte y Grupal

(a) Descripción del proceso programático del cohorte de trabajo en ANC

ANC se encuentra certificado como una institución académica dentro del estado de Mississippi, en Estados Unidos (Durán, 2015). El programa terapéutico, experiencial y el académico están íntimamente ligados. Siendo esto así, la institución intenta contextualizar tanto el proceso terapéutico, como la obtención de Hitos Experienciales y las Aventuras, en el transcurso de trimestres académicos. Los usuarios obtienen crédito académico por la participación exitosa en las Aventuras; además, estas proveen espacio para que practiquen habilidades nuevas, obtengan metas y realicen intervenciones. La institución ha desarrollado un proceso más o menos uniforme, que pretende demarcar la estadia de los usuarios en el centro. Se presenta, a continuación, un resumen de los hitos programáticos:

1. Evaluación inicial: se identifican estilos de aprendizaje, áreas de inteligencia de acuerdo con la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner (1983), fortalezas y se busca desarrollar habilidades que permitieran superar las áreas débiles y maximizar su desempeño, áreas de atención y metas.
2. Proceso de Orientación: este es mayoritariamente dirigido por otro usuario del centro asignado como mentor del estudiante nuevo. El proceso es supervisado por un psicólogo y un miembro del equipo de educación experiencial. Durante esta etapa, se enseñan las rutinas del centro, se clarifican roles, reglas y expectativas para el nuevo usuario. Tiene una duración aproximada de un mes.
3. Elaboración del “Plan Maestro” basado en las áreas por trabajar y los diagnósticos o “Áreas de Atención”.
4. Elaboración del “Plan Individual de Trabajo”. Se delineaban metas a corto plazo (tres meses) y actividades para cumplirlas, incluyendo participación en el Milieu por medio de actividades estructuradas, desarrollo de habilidades y fortalecimiento de su auto concepto y autoimagen.
5. Participación en terapia individual, grupal y actividades comunitarias y terapéuticas, con el fin de desarrollar conciencia sobre las áreas de atención, adquirir herramientas, y mecanismos de afrontamiento más sanos y efectivos.

6. Participación en Aventuras terapéuticas, cursos de certificación de distintas habilidades y un proceso paulatino de inmersión cultural.
7. Elaboración de un plan de transición con maneras concretas para afrontar obstáculos y problemas.

Los seis jóvenes con los que se llevó a cabo la práctica formaron un cohorte de trabajo, atravesando de manera conjunta varios de estos hitos. Para todos los jóvenes, el practicante fungió como el terapeuta tratante. Los usuarios participaron también en varios grupos terapéuticos, los cuales son descritos en el siguiente apartado.

(b) Grupos

Se facilitó un total de treinta y dos sesiones grupales, de al menos una hora cada una. Esto equivale a dos sesiones grupales, por semana, durante cuatro meses. Las sesiones tenían una duración entre sesenta y noventa minutos. Uno de los grupos se enfocaba en la adquisición de herramientas de afrontamiento para disminuir síntomas de depresión y ansiedad. Este tenía un carácter psico-educativo y fue un proceso más estructurado. El proceso grupal del Cohorte, llamado grupo IGP, por las siglas en inglés de “*Individual Goal Plan*”, tenía como intención fortalecer la relación entre los miembros del cohorte, establecer metas de trabajo para la semana, preparar al cohorte para la “Aventura” y revisar y discutir el curso de la semana anterior. Los usuarios participaron de buena manera en ambos procesos grupales. Dado que la población era residencial, se contó con la presencia de todos los usuarios en todas las sesiones grupales. Para la planeación de los grupos sobre depresión y ansiedad, se tomó como base lo propuesto por Szentagotai, David, Lupu, y Cosman (2008) y por David (1999).

Se siguió la siguiente estructura para el formato grupal:

Proceso Grupal Psicoeducativo

Fase Inicial

Duración: Sesiones 1, 2

Objetivos:

1. Establecer las reglas de funcionamiento para el grupo.
2. Sentar las bases de la relación terapéutica.
3. Definir horarios y lugar de los encuentros.
4. Crear las metas del proceso grupal.
5. Crear y fortalecer la identidad grupal, así como conocer los roles asumidos por los diferentes participantes.
6. Expandir el conocimiento de si mismo y los otros entre los miembros del grupo.

Descripción

- Presentación de los miembros, sus áreas de atención, fortalezas y debilidades.
Dinámica de dos verdades y una mentira.
- Discusión sobre las reglas del grupo (llegar a tiempo, pedir la palabra para hablar, estar “presente” durante la sesión, prestar atención a los otros miembros, mostrar respeto hacia los demás).
- Definición de los objetivos: incrementar el conocimiento sobre los síntomas de la depresión y la ansiedad, identificar a nivel individual la expresión de síntomas así como las posibles causas, adquirir técnicas y habilidades de afrontamiento para lidiar con estos y evitarlos a futuro.
- Proporcionar información sobre el paradigma Racional Emotivo Conductual, conceptos y estructura.
- Narración de historias de Vida.
- Planteamiento de las futuras sesiones
- Retroalimentación.

Fase Intermedia:

Duración: Sesiones 3 a 8

Objetivos:

1. Establecer la dinámica de trabajo y solidificar la identidad y funcionamiento grupal.
2. Identificar problemas, creencias mal adaptativas y errores cognitivos.
3. Fomentar la inteligencia emocional y comunicación asertiva en los participantes.
4. Incrementar la habilidad de introspección y auto observación de los participantes.

5. Iniciar a retar y cambiar las creencias mal adaptativas y errores cognitivos.
6. Retroalimentación.

Descripción:

- Sesiones psico educativas enfocadas en la Terapia Racional Emotivo Conductual.
- Trabajo específico sobre situaciones cotidianas donde hubo problemas o cogniciones erróneas y sus efectos. Retroalimentación grupal al expositor.
- Utilización de técnicas conductuales para iniciar la modificación de conductas, pensamientos y emociones., establecer la relación entre pensamiento, emociones y vivencias.
- Educación continua mediante lecturas y asignación de tareas para introducir nuevas creencias y pensamientos y evaluar el efecto de estas en la cotidianidad.
- Fomentar y fortalecer una red de apoyo y soporte entre los miembros.
- Revisión de Tareas.
- Retroalimentación

Fase Final:

Duración: Sesiones 9 a 11

Objetivos:

1. Evaluar los logros obtenidos en las áreas de atención así como áreas de trabajo pendientes.
2. Definir estrategias de mantenimiento.
3. Cierre del proceso.

Descripción:

- Discusión sobre el proceso grupal y logros de los miembros y áreas a seguir trabajando.
- Creación de un plan general para prevenir recaídas.

Tabla 3. Estructura del proceso grupal psicoeducativo

El proceso grupal del Cohorte fue un proceso un poco más laxo y se puso gran peso en la participación de los usuarios. En éste, como se mencionó anteriormente, se revisaban las metas de trabajo semanales y se procesaban situaciones comunitarias que requerían atención. Este grupo fue de nueve sesiones cada trimestre, se presenta a continuación los objetivos y contenidos generales del grupo.

<u>Cohorte</u>
<p>Objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer las reglas de funcionamiento para el grupo, 2. Definir horarios y lugar de los encuentros. 3. Discutir metas semanales de los usuarios en los distintos departamentos. 4. Propiciar rapport con el practicante y confianza entre los miembros 5. Crear y fortalecer la identidad grupal, así como conocer los roles asumidos por los diferentes participantes. 6. Expandir el conocimiento de si mismo y los otros entre los miembros del grupo. 7. Discusión sobre la Aventura. <p>Descripción</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al inicio de cada grupo se realizaba un ejercicio de diez minutos de conciencia corporal o de relajación progresiva, después se discutía la experiencia durante el ejercicio y los factores que dificultaban la inmersión en el mismo. • Se discutían las metas y aspiraciones de los participantes para la semana y se evaluaban las propuestas durante la semana anterior. • Espacio grupal para que uno de los miembros obtuviera retroalimentación sobre algún tema particular así como posibles maneras de lidiar con el mismo o lluvia de ideas para solucionarlo, • Discusión y reconocimiento de logros. • Discusión de temas relevantes a nivel comunitario y el impacto en los miembros del grupo.

Tabla 4. Objetivos del proceso del Cohorte

(c) Consideraciones Generales sobre los procesos grupales:

Dado que los participantes estaban en el centro de manera obligatoria, fue importante generar interés por los temas expuestos en el grupo, así como el establecimiento del “rapport” y la confianza entre los miembros, de manera que las sesiones fueran significativas y provechosas.

Las sesiones grupales fueron de una hora, aunque en algunas ocasiones se extendieron. La corta duración y la creación de un proceso grupal dinámico e interactivo fue una decisión acertada ya que la mayoría de los usuarios presentaban Déficit Atencional y llegaban a las sesiones cansados después del curso del día, lo que dificultaba la concentración y atención.

A nivel grupal, el uso de las experiencias de los participantes, a manera de ejemplo, facilitó las discusiones así como la incorporación de las técnicas en el día a día de los beneficiarios. Es importante mencionar que muchos de los temas que surgieron en los grupos se continuaron trabajando en sesiones individuales, también se generaron intervenciones realizadas por otros miembros del personal basadas en lo aportado durante los grupos. El cohorte de trabajo se mostró en inicio escéptico hacia el proceso grupal. En las sesiones iniciales les fue difícil mantener la atención e interés y mostrarse vulnerables y curiosos para con los demás. Conforme la práctica avanzaba e incrementaba la confianza y “rapport” con el practicante y entre ellos, los espacios grupales se volvieron más interactivos y provechosos. A los beneficiarios, estos grupos les permitieron mostrarse de una manera diferente, obtener perspectiva y apoyo e incluso brindarlo a otros. Muchos de los contenidos discutidos en grupos se continuaron trabajando en las sesiones individuales.

Se usaron hojas de registro (ver Anexo 3), con el fin de recolectar información relevante para el proceso de cambio de los participantes. En el grupo enfocado a la adquisición de técnicas de afrontamiento, se contó con la presencia de un co-terapeuta, en este caso Msc. Mario Durán Araya. La presencia de un co-terapeuta fue beneficiosa, ya que permitió obtener retroalimentación sobre el manejo grupal del participante, evaluar el progreso y la recolección de información más precisa. Importante mencionar que para uno de los participantes, (ES) el proceso grupal fue el ámbito donde obtuvo mas beneficios terapéuticos, ya que frecuentemente utilizaba los espacios para obtener retroalimentación de sus pares, buscar perspectivas distintas y practicar herramientas como comunicación asertiva o escucha activa. Eventualmente, ES, ayudó liderando grupos y enseñando las técnicas aprendidas a otros.

4. Consideraciones generales del Proceso Individual

Éste apartado presenta el formato general de la intervención realizada con los beneficiarios de la práctica. Incluye también, otras consideraciones relevantes para la población meta. Con el fin de ilustrar el trabajo realizado, el apartado describe en detalle el proceso individual de dos de los beneficiarios de la práctica, uno ellos HH, fue el que respondió “mejor” al proceso y DC, fue el que tuvo más dificultades durante la práctica. Se describe primero la información obtenida durante la etapa inicial mediante: revisión de expedientes, entrevistas clínicas con los usuarios, evaluaciones conductuales, entrevistas con los padres, aplicación de pruebas diagnósticas, observaciones participantes y no participante, conversaciones con profesionales referentes, recolección de historias de vida e historias de la familia, identificación de áreas de atención e identificación de creencias irracionales. El apartado siguiente describe la etapa intermedia de la intervención realizada, se enfoca en dos discusiones de caso, las cuales cuentan con una breve descripción de las intervenciones usadas y resultados al final del proceso. En el **Anexo 4**, se provee la información obtenida en la etapa de evaluación de los otros cuatro beneficiarios.

Dado que se trabajó con usuarios extranjeros en un institución supeditada a legislación estadounidense, fue necesario trabajar bajo el marco legal que determina y limita el quehacer de los profesionales en salud mental en dicho país. Es de particular importancia hacer mención de la “Ley HIPPA” (“Health Insurance Portability and Accountability Act”; Thacker, 1996) emitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS por sus siglas en inglés). Esta acta se redacta con el doble fin de proteger la confidencialidad de los historiales clínicos de los clientes y de facilitar y regir el flujo de información en el quehacer de los practicantes del sector salud. Es una ley federal que crea los estándares que protegen los historiales clínicos y la información sensible de los usuarios de cualquier servicio del sector salud. Se entiende por “información sensible” cualquier tipo de documentación que permita identificar a un usuario y que haya sido revelada en un ámbito médico (Thacker, 1996). Los historiales clínicos deben de incluir:

- Información de contacto.

- Consentimiento informado.
- Motivo de consulta.
- Plan de tratamiento escrito o formulación inicial del caso basado en evaluaciones iniciales, por ejemplo, entrevista inicial, baterías de pruebas si fueron usadas y cualquier otra información obtenida por otras fuentes.
- Notas de progreso que documenten el tratamiento.
- Informe de salida.
- Otra información obtenida mediante otros profesionales.
- Reporte de salida o “alta” del tratamiento.

Cualquier nota o documentación obtenida en un contexto terapéutico esta regida por la “Ley HIPPA”. De acuerdo a esta ley, existen dos posibles estilos de documentación en la práctica clínica: las notas de progreso y las notas psicoterapéuticas (Thacker, 1996).

Existe una clara diferencia entre las “notas de progreso” y las “notas psicoterapéuticas”, siendo la principal diferencia la audiencia que va a tener acceso a las mismas. Las “notas psicoterapéuticas” son las notas escritas por el terapeuta para el terapeuta, son notas privadas. Aparte del autor, solo los supervisores de este tendrán acceso a dichas notas. La única excepción a lo que se menciona anteriormente es que estas notas sean requeridas por una corte o un juzgado. Estas notas son de carácter personal y sirven para la estructuración del caso, se pueden escribir hipótesis de trabajo, interpretaciones e incluso corazonadas.

Las “notas de progreso” son de un carácter más formal incluyen el plan de tratamiento, el motivo de consulta, debe ser constatada la fecha, la duración de las sesiones, cambios y monitoreo de medicación, modalidad y estrategias utilizadas, resultados de pruebas clínicas y resúmenes diagnósticos, estado del usuario, síntomas, pronósticos y progreso realizados a la fecha. En el presente trabajo, la documentación de las sesiones fue realizada a través de las “notas de progreso”.

Existen distintas maneras de realizar las notas de progreso, la modalidad elegida por el practicante es llamada “Notas DAP” (descripción, análisis y plan).

Estas son notas, puntuales y concisas que ilustran los temas cubiertos en la sesión, así como el plan de trabajo para las siguientes sesiones. Además de servir como registro y

control para las sesiones realizadas, posibilitan monitorear el progreso y efectividad del trabajo. A continuación se presenta un ejemplo de una nota de progreso:

Marzo 26

Sesión de 45 minutos

Nota: HH menciona que se ha sentido sin apetito, cansado y con problemas para concentrarse. Ha notado que hay un incremento en el volumen de trabajo académico y se siente abrumado por ello. Durante la sesión identifica de manera acertada que no ha logrado implementar una rutina de trabajo lo cual lo lleva a procrastinar y a tener un aumento de la ansiedad y de pensamientos derrotistas y absolutos como “Soy un idiota, por que no puedo hacer mi tarea”. Se le asigno trabajar con JQ para crear una rutina de ejercicio, reunirse con el consultor académico para crear un plan y practicar un ejercicio de relajación progresiva.

La estructura general que siguió el proceso individual se presenta en la Tabla 5.

	<u>Tema general de las sesiones</u>	<u>Contenido</u>
<p>Etapa inicial Duración 2 semanas Frecuencia: 2 sesiones semanales de una hora con cada uno de los participantes.</p> <p>Se mantuvo también al menos una sesión semanal de una hora entre los participantes y los miembros de su familia.</p>	<p>A. Presentación con las familias.</p> <p>B. Orientar al usuario en el Marco de Trabajo de la Terapia Cognitivo Conductual y el modelo Transteorico</p> <p>C. Evaluación de los usuarios.</p> <p>D. Elaboración de las metas específicas del proceso.</p>	<p>A.1. Introducción a la Terapia Cognitivo Conductual.</p> <p>A.2. Introducción al proceso de cambio de Prochaska y Diclemente.</p> <p>A.3. Establecimiento de la relación terapéutica, fomentar empatía, colaboración, congruencia y aceptación incondicional por el otro.</p> <p>B.1. Aplicación de pruebas diagnosticas.</p> <p>B.2. Evaluación de la</p>

		<p>disposición al cambio.</p> <p>B.3. Conocimiento de historia de vida.</p> <p>B.4. Conceptualización del caso basado en un abordaje bio-psico-social-cultural e integrando la información obtenida en el proceso de evaluación</p> <p>C.1. Elaboración de lista de comportamientos y pensamientos problemáticos por área de atención</p> <p>C.2. Elaboración de lista de fortalezas y atributos existentes.</p> <p>C.3. Elaboración de IGP</p> <p>C.4. Aproximación a cada uno de los problemas o situaciones listadas usando el acrónimo ABC(DEF).</p>
--	--	--

<p>Etapa intermedia</p> <p>Duración 16 semanas Frecuencia: Al menos 2 sesiones semanales de una hora con cada uno de los participantes.</p>	<p>A. Reevaluación de: lista de comportamientos y pensamientos problemáticos específicos. (continuación) Identificación de problemas o preocupaciones reportados por la familia Evaluación de creencias irracionales. Revisión de la vigencia de los problemas listados.</p> <p>B. Implementación de intervenciones.</p> <p>C. Reevaluación de la relevancia de las metas del proceso.</p> <p>D. Reevaluación del progreso y áreas a trabajar en diversas áreas del programa.</p> <p>E. Retroalimentación del Proceso.</p>	<p>A.1. Continuación del establecimiento de la relación terapéutica y evaluación d la misma A.2. Refinación de conceptualización del caso. (continuación) A.3. Evaluación de creencias disfuncionales que mantienen los problemas reportados. (continuación) A.4. Evaluación del estadio de cambio de acuerdo al modelo transteórico. A.5. Evaluación de las expectativas del proceso.</p> <p>B.1. Educación a los usuarios sobre sus áreas de atención. B.2. Introducción a técnicas de modificación de cogniciones y comportamientos des adaptativos. B.3. Continuación de aproximación a cada uno de los problemas o situaciones listadas usando el acrónimo ABC(DEF) B.4. Instauración de creencias racionales y sanas.</p>
---	---	---

		<p>B.5. Asignación, seguimiento y discusión de tareas.</p> <p>B.6. Discusión sobre uso o suspensión de medicación.</p> <p>B.7. Sesiones familiares</p> <p>C.1. Reevaluación de las metas establecidas</p> <p>D.1. Chequeos de estado de humor.</p> <p>D.2. Seguimiento de contenido surgido en sesiones previas.</p> <p>D.3. Reuniones con el equipo de trabajo.</p>
--	--	---

<p><u>Etapa final</u> Duración: 3 semanas. Frecuencia: al menos dos sesiones de una hora con cada uno de los participantes. Se mantuvo también al menos una sesión semanal de una hora entre los participantes y los miembros de su familia.</p>	<p>A. Preparación para la finalización del proceso.</p> <p>B. Evaluación de la efectividad del proceso.</p> <p>C. Elaboración de lista de áreas de atención pendientes que necesitan continuación después del proceso y elaboración del plan de mantenimiento</p> <p>D. Cierre de Sesiones familiares</p>	<p>A.1. Continuación de evaluación de creencias irracionales.</p> <p>A.2. Continuación de intervenciones.</p> <p>B.1. Evaluación del proceso.</p> <p>B.2. Retroalimentación del proceso.</p> <p>D.1. Continuación de educación sobre áreas de atención y estrategias preventivas.</p> <p>D.2. Cierre del proceso.</p>
--	---	---

Tabla 5. Estructura general del proceso individual

Presentación de Casos

El presente apartado resume el trabajo realizado con dos de los jóvenes del centro, “HH” y “DC”. Estos fueron seleccionados basados en su progreso y consecución de objetivos terapéuticos y metas programáticas. Los parámetros usados para evaluar progreso fueron la aplicación pre y post-intervención de la Batería de Pruebas de Beck, funcionamiento dentro del programa y percepción de cambio propia y de la familia, evaluación del personal del centro y puntuaciones obtenidas en el “Student Tracker”. El apartado inicia con una revisión del caso, motivo de referencia e información obtenida durante la etapa inicial, acorde con los objetivos dos, tres y cuatro de la metodología del presente informe.

(a) “HH”

Motivo de referencia

“HH” es referido a tratamiento residencial debido a problemas de control de impulsos, abuso de drogas, problemas con la ley, depresión y ansiedad. Sus padres reportan que durante los cinco meses anteriores a su internamiento, los problemas comportamentales de “HH” incrementaron considerablemente, mostrando este un irrespeto a las reglas de la casa, ataques de ira caracterizados por episodios violentos donde se infligió daño a sí mismo (por ejemplo, rasguñarse el rostro o golpear su cabeza contra la pared), destrucción de propiedad privada y un bajo funcionamiento académico.

Relaciones familiares

“HH” es un joven de 16 años, vive con sus padres, “KH”, productor musical, y “TH”, encargada de un vivero de plantas ornamentales. Tiene un hermano, “A”, de 13 años. Sus padres reportan que siempre han tenido una relación cercana y abierta, ambos padres han estado involucrados en la educación y disciplina de “HH”. Respecto a la relación con su madre, mencionan que podían tener varias discusiones acaloradas durante la semana

(más de tres) donde el tema principal era la “libertad” que merecía, la “confianza que no tenía” o el incumplimiento de sus responsabilidades académicas y en el hogar. “HH” reporta que se siente cómodo con su madre y que puede ser abierto y honesto con ella. “TH” reporta que tenía una buena relación con su hijo que se deterioró durante la adolescencia y era posible una conversación “normal” solamente después de una discusión. Con respecto a la relación con su padre, “HH” menciona que se siente más cercano a él que a su madre, cuando discutían era básicamente sobre las mismas cosas que con su madre. Ambos comparten intereses comunes como el aprecio por las artes, particularmente la música, el ciclismo y el montañismo. “HH” y “KH”, reportan que, para mejorar su relación, deben trabajar en comunicarse de una manera menos agresiva, dado que sus discusiones escalaban fácilmente. “KH” también reporta que siente que su hijo es más un amigo que un hijo, con el cual puede tener conversaciones profundas sobre distintos temas, dice sentirse triste por el estado actual de la relación.

La relación de “HH” con su hermano es cercana, se consideran compañeros de juegos y travesuras. “HH” puede ser demandante con su hermano y exige su atención, lo cual causaba problemas. Antes de ser internado, “HH” podía dirigir su ira y frustración hacia su hermano y llegó a abusar de él físicamente. La disciplina en el hogar ha constado de contingencias comportamentales y restricción de privilegios, así como de diálogos sobre los comportamientos problema. Se enfocaban en enmendar los daños mediante disculpas o castigos cuando era apropiado.

Historia de desarrollo

Ambos padres reportan, que “HH” alcanzó de manera apropiada hitos del desarrollo durante su infancia y adolescencia, demostraba un estilo de apego adecuado a sus figuras de cuidado. Mostró problemas con el control de esfínteres durante sexto grado.

Historia médica significativa

“HH” y sus padres, reportan que este tuvo una infección por estafilococo a la edad de diez años por la cual fue internado en un hospital por quince días, reportan que fue una experiencia un tanto traumática.

Desarrollo social y relación con grupo de pares.

“HH” reporta que nunca ha tenido dificultad para establecer relaciones sociales y hacer amigos. Menciona que ha experimentado ansiedad en situaciones sociales y sentirse preocupado por lo que los demás piensan de él y por cómo es percibido. Tiene un grupo de amigos cercanos. Menciona que le ha sido difícil conectar con estas amistades a nivel emocional, debido a la ansiedad social y el temor a ser vulnerable, además le preocupa que usen cosas personales en su contra. Se considera feliz con su círculo de amigos y cree que le brindan un apoyo adecuado, no considera que tenga un grupo de pares negativo. “HH” menciona que es heterosexual, ha tenido novias pero no ha estado sexualmente activo. Sus padres dicen que han notado que le cuesta compartir y que puede ser demandante de la atención de sus amigos. Muestra un interés por complacerlos y dificultades para decir “no”

Historial Familiar de enfermedad mental

Los padres mencionan que existe un tío paterno que presenta historial de alcoholismo, depresión y ansiedad; la abuela materna, trastorno bipolar y una tía materna, anorexia.

Historial educativo

“HH” cursa el décimo año, históricamente ha mantenido buenas calificaciones. Antes de ser remitido a tratamiento residencial, sus notas comenzaron a caer. Menciona que el rigor académico, así como problemas emocionales y en sus relaciones interpersonales contribuyeron al declive. “HH”, menciona que se aburre fácilmente en clases y que le

cuesta sentirse motivado ya que encuentra el contenido fácil. No muestra dificultades en ninguna materia, disfruta la lectura y la escritura. Durante el último año, fue suspendido por posesión de marihuana. Los padres mencionan que leyó a una edad temprana y estaba avanzado en comparación a la media de la población. “HH” ha mostrado dificultad completando tareas, mayoritariamente por mal manejo del tiempo y falta de motivación, puede ser desorganizado y mostrar problemas de concentración. Es verbalmente articulado y posee un vocabulario vasto.

Historial de abuso de sustancias

“HH”, menciona haber usado, marihuana de manera diaria durante el último año y medio, ha experimentado con hongos alucinógenos, LSD, DXM.

“HH” no cree tener un problema de abuso de sustancias, ha logrado disminuir el consumo a voluntad; sin embargo, reconoce que ha afectado su funcionamiento social, cognitivo y emocional, ya que disminuye su motivación. No se considera un adicto y nunca ha vendido o traficado drogas.

Funcionamiento Intelectual

De acuerdo con una evaluación realizada por una especialista en psicometría que administró el test WAIS IV, “HH” posee un coeficiente intelectual general de 106 %, lo que lo colocaría en la escala promedio. Es importante recalcar que “HH” posee un puntaje de en la escala de comprensión verbal “superior al promedio”. La prueba también

Categoría	Resultado Estándar	Percentil	Clasificación
-----------	--------------------	-----------	---------------

indica un alto nivel de memoria de trabajo. La **Tabla 6** presenta los resultados

Comprensión Verbal	112	79	Promedio Alto
Racionamiento espacial	102	55	Promedio
Memoria de Trabajo	99	47	Promedio
Velocidad de procesamiento	100	50	Promedio
Escala General de CI	106	66	Promedio

Tabla 6. Resultados Test WAIS IV de HH

Escalas de Beck

En la administración inicial de la Escala de Depresión de Beck, “HH” puntuó en el rango de 60-69 el cual corresponde a "Moderadamente Elevado".

En la Escala de Ansiedad de Beck puntuó en el rango mayor a 70, entrando en la categoría de “Extremadamente elevada”.

En la Escala de Ira de Beck, puntuó en el rango de 60-69 , lo cual se traduce en “Moderadamente Elevado”, siendo relevante mencionar que se sentía tratado injustamente a menudo.

En la Escala de Comportamiento Disruptivo puntuó en el rango “Promedio”.

En la Escala de Autoconcepto, puntuó en el rango entre 45-55, siendo este equivalente a un “Autoconcepto Promedio”

Plan de tratamiento

Basado en lo anterior, se elaboró el siguiente cuadro diagnóstico con sus respectivas áreas de atención, de acuerdo con el modelo usado en ANC.

Diagnósticos Psicológicos	Áreas de Atención definidas en ANC
<ul style="list-style-type: none"> • 300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada • 314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el Manejo efectivo del Humor • Fortalecer el funcionamiento Ejecutivo

combinado <ul style="list-style-type: none"> • 300.4 Trastorno Distímico • 305.20 Abuso de Cannabis, en remisión, 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar las dinámicas familiares
---	--

Tabla 7. Diagnósticos y áreas de atención

Para cada área de atención se creó con el usuario una serie de objetivos generales para cada etapa. Las tablas 8, 9 y 10, presentan los objetivos de cada área de atención por estadio y los objetivos alcanzados. Dada la filosofía institucional, el plan maestro de tratamiento se creó tomando como referente la propuesta del Proceso de Cambio de Prochaska y Diclemente (1984). Durante el proceso de evaluación, gracias a las entrevistas clínicas, evaluaciones comportamentales y revisión de expedientes, se determinó que “HH” estaba en la etapa pre-contemplativa del cambio.

Área de Atención	Etapa de cambio	Objetivos Generales	Resumen de acciones y logros
Fomentar funcionamiento ejecutivo.	Contemplación	Desarrollar conciencia y aceptación de las limitaciones y retos que presenta el déficit atencional	Se generó conciencia sobre el efecto que tiene la impulsividad y las consecuencias de decisiones impulsivas en la vida de "HH". Se identificaron los obstáculos más comunes para completar tareas y mantener la concentración. Se identificaron eventos activadores, y creencias irracionales que contribuyen a la falta de atención y la impulsividad.
	Planeación	Fomentar el funcionamiento ejecutivo mediante aprendizaje de habilidades de organización y planeación, manejo del tiempo. Fomentar autoeficacia y técnicas de estudio.	"HH" aprendió técnicas de estudio, formas efectivas de manejo de tiempo y automonitoreo, basadas en el estilo de aprendizaje y áreas fuertes. Se desarrollaron y practicaron estrategias de afrontamiento saludables (por ejemplo inoculación del estrés o técnicas de relajación progresiva) con el fin de apoyar el éxito académico.
	Acción	Implementar de manera efectiva y consistente mecanismos de afrontamiento saludables, mantener rutinas que fomenten la consecución de tareas, organización cotidiana y toma de decisiones racional.	"HH" aprendió a reconocer y establecer la diferencia entre mecanismos saludables y eficientes de afrontamiento, versus estrategias poco eficientes o desadaptativas, esto con el fin de evitar caer de nuevo en patrones poco saludables. Se fomentó la implementación consistente con las estrategias de afrontamiento y técnicas de estudio y manejo eficiente del tiempo que fomentaron el éxito académico. Se evaluó de forma constante la motivación y la eficacia de las habilidades para lidiar con los problemas.
	Mantenimiento	Demostrar autoeficacia mantenida a través de un mejor rendimiento académico, procrastinación disminuida y un alto nivel de involucramiento en otras actividades en ANC.	"HH" demostró capacidad de análisis sobre el éxito o fracaso de las acciones tomadas para alcanzar las metas para mejorar el funcionamiento ejecutivo. Continuar implementado de manera efectiva y eficiente los mecanismos de afrontamiento y técnicas de organización desarrollados.
	Reflexión	Prepararse para aplicar las habilidades aprendidas, plasmarlas en el plan de transición. Actuar como el mentor de otro interno con dificultades similares	Articular como el nuevo repertorio de habilidades ha posibilitado triunfar académicamente y en otras situaciones. Analizar cómo y por qué se ha logrado el progreso y enseñarles a otros cómo lograr cambios efectivos en funcionamiento ejecutivo y la autoeficacia.

Tabla 8. Objetivos y logros: funcionamiento ejecutivo.

Área de Atención	Etapa de cambio	Objetivos Generales	Resumen de acciones y logros
Manejo efectivo del humor	Contemplación	Desarrollar conciencia de como mi humor afecta, mis relaciones interpersonales, habilidad para completar metas, motivación dinámica familiar y auto estima. Identificar eventos activadores y las creencias irracionales que lo sostienen.	Se identificaron, creencias disfuncionales, eventos activadores, distorsiones cognitivas y áreas de conflicto que precipitan la aparición de la depresión y la ansiedad. Se Identificar estrategias y métodos des adaptativos para lidiar con los síntomas de la depresión y la manera en que estos impactan la expresión y experiencia emocional o mantienen conductas poco saludables.
	Planeación	Desarrollar y practicar estrategias y habilidades saludables para disminuir los síntomas de la depresión y la ansiedad, tales como preocupación excesiva, animo bajo, irritabilidad, aislamiento, cansancio o evitación de situaciones sociales.	Se Desarrolló una rutina diaria balanceada que incluía ejercicio físico, una buena nutrición e hidratación, descanso apropiado y consecución de metas. Se desarrollaron y practicaron estrategias efectivas de afrontamiento que ayudaron a mejorar el animo, auto concepto y la toma de decisiones. Se fomento la evaluación objetiva de las situaciones de manera que le permitía tomar perspectiva, fomentar el pensamiento racional y la comunicación asertiva.
	Acción	Implementar de manera consistente y efectiva estrategias saludables de afrontamiento, con el fin de llevar un estilo de vida mas balanceado.	Se busco la Implementación consistente de las estrategias desarrolladas por el usuario y su equipo de trabajo que permitieron disminuir la preocupación excesiva, episodios depresivos, irritabilidad o evitación de situaciones sociales.
	Mantenimiento	Demostrar autoeficacia sostenida, y una disminución de los efectos negativos de los síntomas de la depresión y ansiedad en el desempeño general.	Analizar e identificar las acciones tomadas para alcanzar las metas, su efectividad y posibles amenazas a la sostenibilidad del cambio, asimilación en otros ambientes y la aplicación fuera del centro Continuar implementando de manera exitosa las estrategias de afrontamiento y sistemas de organización beneficiosos
	Reflexión	Preparase para aplicar las habilidades aprendidas en un “plan de transición” y actuar como el mentor de otro interno con retos similares.	Implementar de manera exitosa y efectiva, las habilidades y estrategias de afrontamiento aprendidas en otros ambientes fuera de ANC Analizar como y por que se ha logrado el progreso y enseñarles a otros como lograr cambios efectivos en funcionamiento ejecutivo y la autoeficacia.

Tabla 9. Objetivos y logros: manejo efectivo del humor.

Área de Atención	Etapa de cambio	Objetivos Generales	Resumen de acciones y logros
Relaciones & Dinámicas Familiares	Contemplación	Desarrollar conciencia de cómo la dinámica familiar afecta las relaciones interpersonales, la autoeficacia o habilidad para completar metas, la motivación y el establecimiento de confianza con los padres, respeto y reciprocidad en la dinámica familiar. Identificar las creencias irracionales que lo sostienen y los eventos activadores.	Se identificaron fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en la dinámica familiar que contribuían al mantenimiento del problema o facilitaron el establecimiento de relaciones interdependientes en la dinámica familiar. “HH” y los padres tomaron responsabilidad por acciones que han dañado la relación, identificaron qué se puede controlar y qué no y se comprometieron a cambiar las conductas y pensamientos desadaptativos Se inició un proceso recíproco de comunicación con los padres o guardianes legales para establecer límites sanos y expectativas realistas que promuevan el respeto y la confianza.
	Planeación	Usar herramientas y estrategias que posibiliten la comunicación asertiva, relaciones e interacciones interdependientes y solución efectiva de conflictos.	Se definió cómo demostrar integridad, responsabilidad, reciprocidad en el Milieu, con el fin de ganar confianza y disminuir la aprehensión de los padres o guardianes legales Se enseñaron herramientas de comunicación asertiva y solución efectiva de conflictos con los miembros de la familia, grupo de pares y personal de la Comunidad Terapéutica. Se practicó de manera consistente la comunicación asertiva, con los padres o guardianes legales, a través de cartas, llamadas y sesiones terapéuticas , al igual que en grupos y otros espacios comunitarios
	Acción	Implementar de manera consistente las estrategias y herramientas aprendidas y creadas que permitan la sostenibilidad de relaciones más sanas entre el usuario y los miembros de su familia.	Se trabajó de manera consistente resolución efectiva conflictos, tratando de encontrar puntos medios y mostrar honestidad y transparencia con la familia y miembros de la Comunidad Terapéutica. Se implementaron herramientas y estrategias desarrolladas en el centro, durante una visita a la casa y durante una visita de los padres al centro. Se buscó mantener y cumplir compromisos adquiridos, respetar las reglas y acuerdos negociados con los padres.
	Mantenimiento	Demostrar autoeficacia sostenida y mantenimiento de la empatía, reciprocidad y respeto en la dinámica familiar.	Se fomentó el análisis de las acciones, herramientas y estrategias que fueron beneficiosas para tener una relación más sana con los miembros de la familia , Se identificó y nombró fortalezas adquiridas y obstáculos potenciales en la dinámica familiar
	Reflexión	Prepararse para aplicar las habilidades y estrategias aprendidas en ANC al “mundo real”.	Analizar cómo y por qué se ha logrado el progreso y hacer planes para mantenerlo fuera de ANC. Enseñarles a otros cómo lograr cambios efectivos en la dinámica familiar a través de su propio proceso.

Tabla 10. Objetivos y logros: dinámicas familiares.

Plan individual de tratamiento

Para alcanzar los objetivos antes citados, se procedió a trabajar en la elaboración e implementación del “plan individual”. Este plan se revisa trimestralmente y pretende estructurar los pasos y acciones necesarias para alcanzar los objetivos definidos en el plan maestro. Estos planes fueron anteriormente denominados como “Individual Goal Plan” o IGP. Dichos planes se desarrollaron en conjunto con el estudiante y su equipo de trabajo, siguiendo el marco teórico propuesto por ANC. Con el fin de facilitar la creación de metas y la evaluación del progreso de los usuarios, ANC propone tres áreas principales de trabajo para cada usuario: “Sí mismo”; “Comunidad” y “Futuro”. Estas, a su vez, se subdividen en varias categorías que pretenden operacionalizar el constructo al que pertenecen. El proceso mediante el cual ANC llegó a definir este estilo de documentación fue un proceso interno de la institución, definido antes de la llegada del practicante. Esta metodología y aproximación teórica es particular al programa y se usa como una herramienta para evaluar el progreso de los estudiantes, Las evaluaciones se realizan en el antes mencionado “Student Tracker”, allí se brinda una nota de la situación documentada, las áreas con las que se relaciona y una “calificación” para cada una de ellas utilizando una escala Likert que va de “muy negativo” a “muy positivo”. De esta manera, se les puede evaluar en cada una de las subcategorías, brindando así un marco de evaluación basado en la percepción subjetiva del personal del centro con respecto al progreso en diversas áreas.

A continuación, se presenta el plan individual de “HH” para el primer trimestre.

Metas para Si mismos		
		Pasos y acciones
Salud Física	Ejercicio y actividad	Aumentar masa muscular y mejorar la dieta. Crear una rutina para mantener mi espacio organizado y lavar mi ropa. Practicar deportes que usualmente no practico.
	Nutrición e hidratación	
	Higiene	
Autoeficacia	Autocuidado	Practicar ejercicios de relajación progresiva y respiración para lidiar con la ansiedad y el estrés. Desarrollar conciencia de cómo se manifiestan la depresión y ansiedad en mi día a día. Aprender a reconocer creencias erróneas y desarrollar estrategias para disputarlas.
	Estrategias de Afrontamiento	
	Autocontrol	
Identidad	Comportamiento ético	Identificar qué pensamientos disfuncionales afectan mi día a día, relacionados con la percepción que tengo de mí mismo. Encontrar actividades que me hagan sentir bien. Identificar mis valores y filosofía de vida.
	Insight y Autoconocimiento.	
	Confianza en sí mismo	
.Apertura a nuevas experiencias	Flexibilidad y adaptabilidad	Mantener una postura abierta hacia las nuevas experiencias, identificar pensamientos e ideas disfuncionales. Entender que no puedo controlar cómo las cosas pasan.
	Curiosidad y apertura	
	Vulnerabilidad	
Comunidad		
		Pasos y acciones
Impacto Social	Seguridad física y límites.	Trabajar para evitar el “bullying”, ser asertivo con los demás dando retroalimentación constructiva. Ser un ejemplo positivo en el Milieu.
	Seguridad emocional y límites.	
	Respeto a los demás.	
Desarrollo de Relaciones	Reciprocidad en las relaciones.	Usar sesiones familiares para mejorar las relaciones con mis padres, aumentar la confianza. Tratar a los demás como me gustaría que me trataran.
	Receptividad al apoyo y a la retroalimentación.	

	Desarrollo de relaciones.	
Habilidades Sociales	Comunicación verbal.	Desarrollar comunicación asertiva, hablar de mis sentimientos, desarrollar conciencia sobre mi lenguaje no verbal.
	Comunicación no verbal.	
	Resolución de conflictos.	
Involucramiento Comunitario	Participación y actitud.	Proponerme para ser el mentor de un nuevo interno, unirme al consejo estudiantil.
	Liderazgo.	
	Trabajo en equipo y colaboración.	
Futuro		
		Pasos y acciones
Iniciativa	Planeación y creación de metas.	Mejorar mi confianza mediante la consecución de metas académicas, desarrollar relaciones con los profesores y otros miembros de la Comunidad Terapéutica, ser una ayuda para los demás.
	Involucramiento con el proceso.	
	Asertividad	
Funcionamiento ejecutivo	Organización	Mejorar mi organización y habilidades de planeación, usando calendarios, reuniones con profesores. Mejorar mis técnicas de estudio. Darme cuenta de cuando estoy procrastinando y por que lo hago.
	Manejo del tiempo	
	Compleción de tareas	
Resiliencia	Optimismo	Hacer planes para el futuro, desarrollar habilidades de afrontamiento y hacer un inventario de recursos disponibles.
	Esfuerzo y perseverancia	
	Recursos	
Contribuciones	Proyectos	Postularme para el consejo escolar. Trabajar en el jardín e iniciar una "compostera".
	Actividades y eventos	
	Logros	

Tabla 11. Plan Individual HH

Análisis del proceso.

Es importante mencionar que desde la primera sesión, “HH” mostró motivación para con el proceso terapéutico y hacia el cambio, esto facilitó la recolección de información y el asentamiento de las bases de la relación terapéutica. El “rapport” con “HH” se generó compartiendo actividades del departamento de educación experiencial; por ejemplo, ejercicio y participación en “Aventuras”. Durante las sesiones, se expresaba cómodamente y mostró interés con respecto a la aprehensión de conceptos y prácticas del modelo cognitivo conductual. Durante la duración de la práctica, “HH” logró completar todos los hitos programáticos a tiempo, completó el programa de Orientación en un mes, fungió como mentor de otro estudiante y tuvo una participación exitosa en todos los aspectos del programa.

Mediante observaciones y participación en actividades, se pudo observar que “HH” casi no se relacionaba con ninguno de sus pares y cuando lo hacía, era en general descortés y rudo con los demás. Reportaba sentirse ansioso interactuando y dudar sus acciones o comentarios. Era sensible a la crítica y tendía a un patrón de amor/odio, en particular cuando los demás fallaban en cumplir sus expectativas. Mencionaba experimentar cambios drásticos de humor y tener pensamientos automáticos negativos y juiciosos hacia sí mismo. Estos llegaban al punto de que podía no entregar tareas, a pesar de completarlas, o cohibirse en interacciones debido a su ideal para sí mismo.

Durante las sesiones, se logró identificar las siguientes creencias irracionales y sub-creencias sobre sí mismo, se presentan también las distintas consecuencias, tanto a nivel emocional como cognitivo y comportamental:

“Debo de hacer todo lo que hago perfecto de lo contrario soy un inútil”

Sub-Creencias que la mantienen

1. Debo ser aceptado por todas las personas y nunca debería de hacer algo que pueda afectar la opinión que otros tienen de mí.
2. Debo de ser competente y exitoso en todo.
 - a. Debo evitar situaciones donde puedo fallar.

3. Debo de ser “bueno” y valioso; sino, soy “malo” e “inútil”.
 - a. Para ser bueno y valioso debo de ser competente, exitoso y popular.
 - b. Si no soy competente exitoso y popular soy “malo” e “inútil”.
4. Nunca debería de sentirme deprimido, ansioso o enojado.

Consecuencias Cognitivas

1. Inflexibilidad.
2. Expectativas irreales sobre sí mismo.
3. Preocupación excesiva sobre la opinión de los demás (ansiedad social).
4. Autoestima y valor propio medido por logros y popularidad.
5. Dificultad para aceptarse.

Consecuencias emocionales

1. Depresión.
2. Ansiedad o pánico.
3. Bajo autoestima e irritabilidad.

Consecuencias conductuales

1. Evitación de riesgos sanos.
2. Timidez excesiva y aislamiento social.
3. Procrastinación de tareas académicas.
4. Falta de asertividad.
5. Comportamientos obsesivos.

Para trabajar éstas y otras de las creencias, se usaban sesiones para aprender el modelo TREC, en especial el acrónimo “ABCDE” y aplicarlo a distintas situaciones semanales. El diálogo socrático para disputar los estándares personales , escalas de catástrofes para evaluar sus atribuciones y tareas como un diario de pensamientos fueron las más beneficiosas para “HH”. Se usaron dos sesiones para aprender y practicar ejercicios de respiración progresiva como una herramienta para disminuir la ansiedad en diversas situaciones y se le dio seguimiento a lo largo del programa.

Respecto a los demás se identificó la siguiente creencia irracional:

II. Creencia irracional sobre los demás:

“Los demás me tienen que tratar bien y si me hieren o corrigen es porque no me aman”

Sub-creencias que la mantienen

1. Todas las personas deberían de tratarme con respeto, y darme lo que quiero, Si no me tratan de esta manera, son “malas” personas y merecen ser castigados.
2. Mis padres deberían de saber qué quiero y necesito, Si no lo saben, son tontos y deberían de sentirse avergonzados de sí mismos.
3. Los otros no deben criticarme.

A. Consecuencias cognitivas

1. Inflexibilidad y expectativas irreales, en especial con los padres.
2. Creer poseer la razón en las interacciones con los padres.
3. Ideas narcisistas y egocéntricas, por ejemplo: “Soy mas importante que los demás”.
4. Dificultad para aceptar las “faltas” de los demás, en particular de los padres.

B. Consecuencias emocionales

1. Ira, furia y tristeza.
2. Impaciencia.
3. Amargura.
4. Resentimiento.

C. Consecuencias conductuales

1. Violencia y agresión verbal y física contra otros y sí mismo.
2. Intolerancia y altanería.
3. “Bullying”.
4. Aislamiento o hípercriticas de los demás.

Éstas se manifestaban primordialmente en la relación con los padres. Durante las primeras cinco sesiones familiares, “HH” daba respuestas monosilábicas y era distante. Estas primeras sesiones del trabajo con la familia fueron primordialmente utilizadas por los padres, establecieron metas para el proceso y se describieron los cambios deseados para sí mismos y la relación. En la décima sesión, “HH” pudo reconocer y verbalizar que no perdonaba haber sido enviado a tratamiento, y les reprochaba a los padres constantemente su decisión, mencionó también el estrés generado por los problemas en la relación marital, así como los comportamientos y actitudes de sus padres, que eran incongruentes.

Típicamente, una vez terminada la sesión de familia, “HH” se sentía culpable por haber tratado mal a sus padres o no actuar de acuerdo con sus expectativas. La culpa experimentada afectaba otras áreas de su vida, por ejemplo, en el departamento académico mostraba poco esfuerzo y un desempeño por debajo de sus habilidades intelectuales. Como se mencionó anteriormente, “HH” invertía energía y esfuerzo en evitar participar en diversas actividades por temor a no cumplir con sus estándares personales. Tendía al aislamiento social, pasaba porciones importantes del día encerrado en su dormitorio y manifestaba tener dolencias físicas constantemente; en ocasiones se negaba a asistir a clases. A pesar de tener puntuaciones elevadas en las escalas de Coeficiente Intelectual, “HH” tenía estándares demasiado rígidos y exigentes sobre su funcionamiento académico y prefería no intentarlo del todo que intentarlo y fallar.

Otra creencia relevante, fue la siguiente:

III. “La vida debería ser fácil, no deberían de haber inconvenientes o estrés ”

. Sub-creencias que la mantienen:

1. Las cosas deben de marchar de la manera que quiero, necesito lo que quiero y no obtenerlo es terrible.
2. Debo evitar a toda costa los obstáculos y responsabilidades indeseadas ya que no puedo soportar el estrés o la adversidad.
3. Debería de ser fácil cambiar las cosas que no me gustan.
 - a. Las dificultades no deberían de existir.
 - b. No tengo forma de cambiar mis circunstancias.

- i. Cualquier esfuerzo para mejorar mi situación es un sin sentido ya que está destinado a fallar.
4. Todos los problemas deben tener una solución perfecta.

A. Consecuencias cognitivas

1. Inflexibilidad y expectativas irreales.
2. Sobreestimación sobre la “facilidad” de la vida.
3. Subestimación de las habilidades propias para afrontar la adversidad o el conflicto.
4. Dificultad para lidiar con la incertidumbre y el cambio.

A. Consecuencias emocionales

1. Baja tolerancia a la frustración.
2. Lástima de sí mismo.
3. Depresión.
4. Ansiedad crónica.
5. Dificultad para manejar la ira.

B. Consecuencias conductuales

1. Procrastinación.
2. Evitación de responsabilidades.
3. Comportamientos indulgentes o compensatorios (por ejemplo, comer excesivamente).

El proceso para identificar estas creencias, sus respectivas subcreencias y las distintas consecuencias, tomó alrededor de 5 sesiones individuales. Una vez identificadas, se inició la implementación de intervenciones con el fin de fomentar la autoeficacia, mejorar el auto concepto y aumentar el repertorio conductual para lidiar con las situaciones cotidianas, este proceso duró alrededor de quince sesiones. Algunas de las intervenciones fueron:

a) Implementación de técnicas de estudio o modificaciones en la clase: para esta se trabajó con el personal del departamento académico y se tomó en cuenta lo aprendido

en la etapa de evaluación. Las técnicas de estudio para “HH” incluyeron: instrucción sobre la manera más efectiva de tomar notas para ayudarlo a asimilar contenido, usar el grupo de pares como mentores académicos, implementar modificaciones en el salón de clases como sentarse al frente de la clase, grabar las lecciones y solicitar tiempo extra para completar asignaciones.

b) Creación de rutinas: trabajando en conjunto con el personal del departamento de educación experiencial, se crearon rutinas de autocuidado de sí mismos y de su espacio. Por ejemplo, “HH” aprendió a lavar su ropa y a usar una escoba. El personal de educación experiencial se encargaba de enseñar cómo hacerlo y en el curso de las semanas se cercioraban de que cumpliera en los tiempos previstos; se creó también una rutina de ejercicio y se promovió la planeación efectiva el tiempo libre así como de las responsabilidades académicas.

Exposición: se definió y acordó con “HH” que deliberadamente hiciera algo que temía o que históricamente había evitado. Frecuentemente “HH” elegía situaciones que tenían que ver con situaciones sociales, como hablar en público o relacionarse con usuarios nuevos. Los grupos y el salón de clases fueron escenarios ideales para esto. Esta técnica fue acompañada con ejercicios de afrontamiento para reducir el estrés y prepararlo. “HH” prefería ejercicios de respiración para disminuir los síntomas de la ansiedad. Esto generalmente le permitió comprobar la validez de sus creencias, ponerlas en perspectiva y desarrollar confianza.

Técnicas cognitivas

a) Análisis Racional: se aplicó en situaciones específicas de la vida cotidiana con el fin de enseñar a “HH” a descubrir y disputar las creencias irracionales antes identificadas, conforme adquiría experiencia se le pedía que lo hiciese como tarea y se discutían en sesiones individuales

b) Reestructuración cognitiva: se usó para analizar eventos negativos y ponerlos en perspectiva, evaluarlos como “decepcionantes”, “preocupantes” o “incómodos” en vez de “terribles” o “insoportables”, se buscaba también que listara, al menos, dos consecuencias positivas de la situación.

Conforme el proceso avanzaba, la participación de “HH” en varios aspectos programáticos fue mejorando. Sus notas académicas fueron un testimonio de esto, usualmente solicitaba asignaciones extras o más complejas con el fin de prepararse para el siguiente paso, una vez concluida su estadía en ANC. Mantuvo notas superiores a noventa en todas las materias y ayudaba a redirigir a sus compañeros de clase, cuando era necesario.

Dadas las características intelectuales de “HH”, le fue fácil aprender e implementar el modelo propuesto por el Paradigma Cognitivo Conductual y experimentó cambios significativos en su comportamiento y experiencias emocionales alrededor de la sesión dieciséis con el practicante. “HH” comenzó a generar y mantener rutinas de autocuidado, mejoró su dieta y practicaba ejercicio frecuentemente, en concordancia con las metas de su plan individual. A partir de este momento, su funcionamiento ejecutivo se mantuvo constante y logró el éxito académico y en otros aspectos programáticos, su confianza y autoestima incrementaron. Sus relaciones interpersonales se volvieron más recíprocas y balanceadas, tenía una postura más abierta a los demás y realizaba menos atribuciones negativas de sus interacciones con otros y hacia él. Frecuentemente, utilizaba las sesiones para aprender y practicar comunicación asertiva, practicar las técnicas cognitivas antes mencionadas, aprender y practicar habilidades de afrontamiento que le ayudaran a disminuir la preocupación excesiva, el aislamiento y los sentimientos de desesperanza.

Uno de los logros del proceso fue generar una visión más balanceada de sí mismo y aumentar la tolerancia a la frustración. La relación con sus padres mejoró significativamente. Durante las sesiones familiares les era más fácil comunicarse de una manera asertiva y honesta, los padres se sentían más cómodos estableciendo e implementado límites y consecuencias, durante las visitas a la casa, los miembros de la familia reportaron una reducción significativa de conflictos y participación en actividades familiares disfrutadas por todos. Reportaban también que se disminuyó los problemas emocionales de “HH”, era más gregario e involucrado con sus padres.

Las sesiones de familia sirvieron para clarificar roles y expectativas, fomentar una relación más honesta y recíproca y desarrollar estrategias familiares para afrontar conflictos. Los padres de “HH” iniciaron también un proceso de terapia de pareja por

recomendación del practicante que fue crucial para el desarrollo del proceso familiar. Esto les facilitó reconocer sus propios obstáculos y modelar para “HH” el proceso de crecimiento personal. Antes del final de la práctica, la familia tuvo que enfrentar una crisis relacionada con el hermano de “HH”, situación que les permitió a él y a sus padres colaborar e implementar lo aprendido en el proceso con el practicante.

“HH” se convirtió en un modelo positivo para sus pares, su estilo de liderazgo fue caracterizado por actuar como un interno modelo para el resto. Durante la duración de la práctica, “HH” creó varios clubes con el fin de encontrar actividades placenteras y practicar las habilidades aprendidas en los grupos y sesiones, con lo cual demostró altruismo y comportamientos sociales adecuados. Logró también crear y mantener relaciones significativas con, al menos, dos usuarios más. Al momento de finalización de la práctica, “HH” estaba trabajando en un plan de “mantenimiento” de las habilidades adquiridas. Las evaluaciones del personal en el “Student Tracker” eran positivas en las distintas categorías evaluadas. “HH” solicitó retroalimentación de toda la comunidad y obtuvo, en su mayoría, afirmaciones sobre su progreso y participación programática.

Los gráficos 3 y 4, presentan los puntajes obtenidos en la Batería de Pruebas de Beck (Beck et al, 2001), antes y después de la práctica.

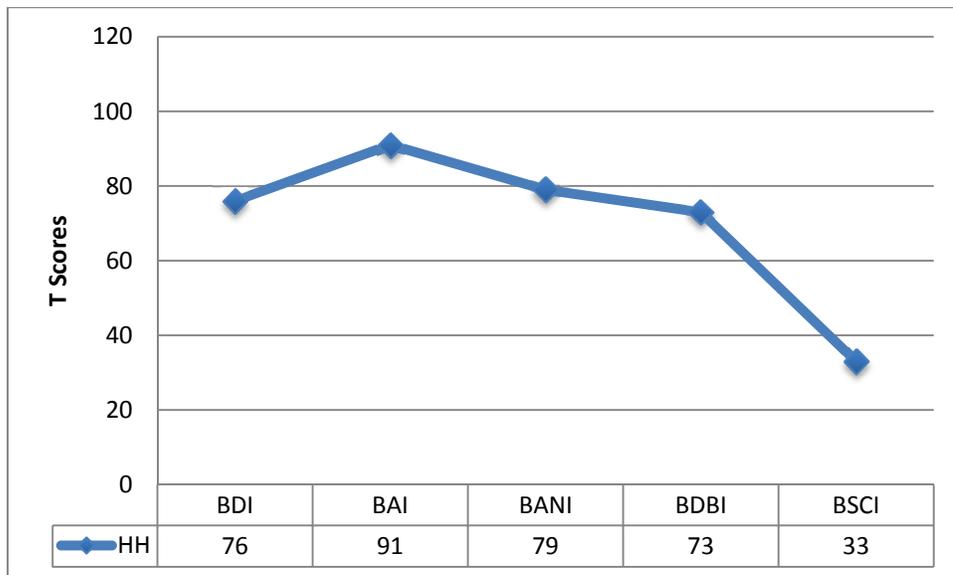


Gráfico 3. HH puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) pre-intervención

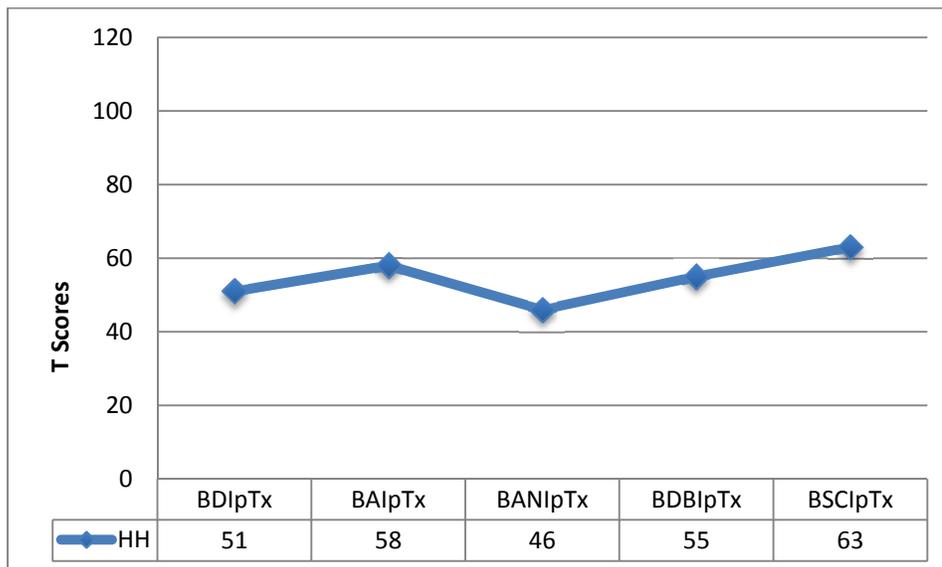


Gráfico 4. HH, puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) post-intervención.

Como se ve en los gráficos 4 y 5, en la aplicación de pruebas post intervención, “HH” mostró una marcada reducción en todas las escalas de Beck, salvo en la escala de autoconcepto, donde tuvo un incremento de treinta puntos. Los autoreportes y evaluaciones del personal, así como las evaluaciones clínicas realizadas por el practicante, validan y verifican una disminución o desaparición de la mayoría de la sintomatología de depresión, ansiedad, ira y comportamiento disruptivo.

Al momento de finalización de la práctica, “HH” estaba en remisión de los diagnósticos: 300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada y 300.4 Trastorno Distímico.

(b) “DC”

Motivo de referencia

“DC” es referido a tratamiento residencial dado un historial de abuso de sustancias, incluida una sobredosis con benzodiazepinas y problemas con la ley por venta de drogas. La relación con sus padres y familia se ha visto deteriorada debido al abuso de sustancias. Los padres reportan que “DC” ha presentado serias dificultades académicas y comportamentales a lo largo de los últimos cuatro años. Los problemas en casa giraban principalmente con el manejo de límites, irrespeto a las reglas, aislamiento de los miembros de la familia, abuso de sustancias y fracaso académico. Las preocupaciones de sus padres se ven incrementadas cuando reciben una llamada de la escuela comunicándoles que van a expulsar a “DC” por venta de drogas. Después de este incidente, “DC” se da a la fuga por una semana, episodio que culmina con “DC” en emergencias médicas con una sobredosis. Sus padres, motivados por el temor a repercusiones legales y su bienestar, deciden internarlo en un centro de tratamiento residencial, siendo ANC el centro escogido.

Relaciones Familiares

“DC” es un joven de dieciocho años, guatemalteco, adoptado a la edad de 8 meses, por una familia de clase alta estadounidense. Sobre su familia biológica se conoce poco. Se sabe que es el quinto hijo de una humilde familia campesina y que fue dado en adopción al orfanato poca semanas después de haber nacido. Su madre biológica no brindó ningún tipo de información de contacto, y requirió que el proceso de adopción fuese “cerrado”, es decir sin conexión posterior con la familia adoptiva. Su padre adoptivo, “RC”, es un catedrático, experto en genética, su madre, “MC”, enfermera, con una especialidad en obstetricia. “DC” es el menor de la familia, tiene dos hermanas mayores “M” (veintiséis) y “A” (diecinueve), hijas biológicas de la pareja.

Los padres reportan que, siendo niño “DC”, tenía buenas relaciones con todos los miembros de la familia y que tuvo una infancia feliz y estimulante. La relación familiar más significativa de “DC” ha sido con su hermana “A”, ella ha logrado establecer una relación positiva con él y funciona durante su infancia como “intérprete” ya que DC tenía un escaso vocabulario, fue compañera de juegos y modelo a seguir. La hermana mayor ha tenido problemas de abuso de sustancias y ha estado en tratamiento en diversas ocasiones. Cierta día, cuando “DC” está en cuarto grado, su madre lo llega a recoger después de la jornada escolar, las autoridades institucionales niegan entregarle al niño dado que la persona encargada desconoce de la adopción, y duda de la relación de “DC” con su madre, esta es la primera vez que “DC” conoce que es adoptado y que tal vez “no pertenece” a su familia. En la entrevista inicial “DC” expresa interés por conocer mas sobre su familia biológica y está abierto a la posibilidad de un encuentro.

Dada la dinámica familiar, la madre es la encargada de manejar la disciplina en el hogar y fomentar el logro académico de sus hijos, situación que afecta de manera significativa su relación. “DC” expresa que él quiere a su madre, pero que en muchas ocasiones actuaba para llevarle la contraria y desobedecía a sabiendas. Su padre es el conciliador y “aliado” de “DC”. El joven expresa que se siente más cercano a su padre y a “A” pero que, dado su uso de drogas, se han ido distanciando con el paso de los años, él también expresa que con estas dos figuras se sentía cómodo y acompañado.

Historia de desarrollo

Dado que la adopción fue cerrada, se conoce poco sobre el proceso de embarazo y las condiciones de este. Desde temprana edad, “DC” inicia visitas a profesionales en salud mental, dadas sus dificultades para adquirir habilidades lingüísticas y alcanzar ciertos hitos correspondientes a las etapas del desarrollo social, cognitivo y emocional. El historial clínico hace constatar que tuvo un retraso en el desarrollo del lenguaje, habilidades motrices mayores y en la capacidad de autoapaciguamiento, entre otros.

Historia médica significativa

Tanto sus padres como “DC”, reportan que ha sido una persona sana, no posee ninguna enfermedad crónica, nunca sufrido de convulsiones, traumas craneales, cirugías, internaciones hospitalarias u alergias.

Desarrollo social y relación con grupo de pares.

Padres y “DC” reportan que siempre fue “popular” y con comportamientos gregarios; sin embargo, “DC” carecía de amigos cercanos o con los que se pudiera conectar a un nivel emocional. “DC” menciona que siempre sintió como si no encajara en ningún lugar. Se rehusaba a llevar a sus amigos a casa y expresaba preocupación de que sus padres conocieran que estuvo en una relación sentimental con una joven afrodescendiente. Durante décimo y undécimo año busca desarrollar lazos sociales con sus compañeros de actividades deportivas. Su identidad se desarrolla entorno al deporte. Sin embargo, “DC” pasa por episodios depresivos y de ansiedad que le imposibilitan atender la escuela e incluso los entrenamientos. Poco a poco se aleja de sus compañeros de equipo y busca un sentimiento de pertenencia con un grupo de pares negativo. Rápidamente, adopta la cultura del grupo de pares, parte de la cual es el uso de sustancias psicotrópicas, sus padres mencionan que creen que también estuvo envuelto en pandillas.

Historial familiar de enfermedad mental

Dado que “DC” fue adoptado, no se posee información relevante sobre su familia biológica, sus padres adoptivos han sufrido de depresión y ansiedad y su madre se califica como una alcohólica en recuperación, con más de treintaicinco años de sobriedad.

Historial educativo

“DC” cursa el onceavo año en ANC. Durante su vida ha tenido dificultades en ambientes académicos. En cuarto grado, los problemas conductuales de “DC”, aumentan y es diagnosticado con Déficit Atencional e Hiperactividad y Trastorno de Apego Reactivo. Su comportamiento en el aula es disruptivo y encuentra frecuentemente problemas con la autoridad, lo que repercute negativamente en el éxito académico. En pos de facilitar el aprendizaje de “DC”, sus padres cambian de estado a uno donde existen más mecanismos de apoyo a nivel institucional. En la nueva escuela, “DC” logra tener un mejor funcionamiento académico. A la edad de quince años, la familia se muda a un nuevo estado y “DC” comienza a ir a una escuela estilo Waldorf. El tamaño de las clases es menor en comparación a la anterior, los profesores cuentan con más tiempo y brindan atención personalizada, además, la institución ofrece un programa con un enfoque en el desarrollo atlético y el cultivo de las artes. “DC” encuentra un espacio beneficioso en la expresión artística, particularmente el dibujo y el deporte. Rápidamente, se hace evidente que posee cualidades físicas sobresalientes en comparación con la media de la población, la lucha grecorromana y el fútbol, son las áreas donde “DC” encuentra un sentimiento de logro, talento y éxito. Su funcionamiento académico es regular; sin embargo, la relación con sus padres, particularmente con su madre, continúa deteriorándose, siendo caracterizada por discusiones a la hora de hacer la tarea o cumplir con responsabilidades académicas.

Historial de abuso de sustancias

“DC” reporta que su uso de sustancias comienza en décimo año, mayoritariamente marihuana, benzodiazepinas, esteroides y analgésicos. Menciona que no se considera un adicto pero reconoce el impacto negativo que estas sustancias han tenido en su vida. Reporta que durante el último año usaba benzodiazepinas y marihuana diariamente. En distintas ocasiones menciona que es su deseo mantenerse abstemio.

Funcionamiento intelectual

Según una evaluación realizada por una especialista en psicometría que administró el test “WAIS IV”, “DC” posee un IQ general de 94% lo que lo colocaría en la escala promedio, es importante recalcar que la memoria de trabajo de “DC” es limítrofe en esta prueba y que sus habilidades de comprensión verbal están en la categoría de “promedio bajo”.

Categoría	Resultado Estándar	Percentil	Clasificación
Comprensión Verbal	83	21	Promedio Bajo
Racionamiento espacial	113	81	Promedio Ato
Memoria de Trabajo	77	6	Limítrofe
Velocidad de procesamiento	89	23	Promedio Bajo
Escala General de CI	94	32	Promedio

Tabla 12. Resultados WAIS IV de DC

Escalas de Beck

En la administración inicial de la Escala de Depresión de Beck, “DC” puntuó en el rango de 60-69 el cual corresponde a "Moderadamente Elevado". En la Escala de Ansiedad de Beck puntuó en el rango mayor a 70 , entrando en la categoría de “Extremadamente elevado”.

En la Escala de Ira de Beck, puntuó en el rango de 55-59 el rango “Arriba del promedio”, siendo relevante mencionar que se sentía tratado injustamente a menudo.

En la escala de comportamiento disruptivo puntuó en la escala de “Extremadamente elevado”

En la Escala de Autoconcepto, puntuó en el rango entre 40-44, siendo este equivalente a un “Menor al promedio”.

Plan de tratamiento.

Basado en lo anterior, se presenta el siguiente cuadro diagnóstico con sus respectivas áreas de atención, seguido por los planes para cada área. En las tablas 15, 16 y 17 se muestran una serie de objetivos generales, elaborados con “DC”, para cada etapa. Durante el proceso de evaluación, gracias a las entrevistas clínicas, evaluaciones comportamentales y revisión de expedientes, se determinó que “DC” estaba en la etapa pre-contemplativa del cambio.

Diagnósticos psicológicos	Áreas de Atención Definidas en ANC
<ul style="list-style-type: none"> • 300.02 Trastorno de Ansiedad Generalizada • 314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado • 300.4 Trastorno Distimico • (305.20) Abuso de Cannabis, en remisión, en ambiente controlado • 299.80 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado • 315.00) Trastorno de la lectura • (315.1) Trastorno del cálculo • 315.2) Trastorno de la expresión escrita • (315.9) Trastorno del aprendizaje no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el Manejo efectivo del Humor • Fortalecer el funcionamiento Ejecutivo • Mejorar las dinámicas familiares

Tabla 13. Diagnósticos y áreas de atención.

Área de Atención	Etapa de cambio	Objetivos Generales	Resumen de Acciones y logros
Fomentar funcionamiento ejecutivo.	Contemplación	Desarrollar conciencia y aceptación de las limitaciones y retos que presenta el Déficit atencional	Se generó conciencia sobre el efecto que tiene la impulsividad y las consecuencias de decisiones impulsivas en la vida de DC. Se identificaron los obstáculos mas comunes para completar tareas y mantener la concentración. Se Identificaron eventos activadores, y creencias irracionales que contribuyen a la falta de atención y la impulsividad.
	Planeación	Fomentar el funcionamiento ejecutivo mediante aprendizaje de habilidades de organización y planeación, manejo del tiempo. Fomentar autoeficacia y técnicas de estudio	DC Aprendió técnicas de estudio, formas efectivas de manejo de tiempo y auto monitoreo, basadas en el estilo de aprendizaje y áreas Fuertes. Se desarrollaron y practicaron estrategias de afrontamiento saludables (por ejemplo inoculación del estrés o técnicas de relajación progresiva) con el fin de apoyar el éxito académico.
	Acción	Implementar de manera efectiva y consistente mecanismos de afrontamiento saludables, mantener rutinas que fomenten la consecución de tareas, organización cotidiana y toma de decisiones racional	DC aprendió a reconocer y establecer la diferencia entre mecanismos saludables y eficientes de afrontamiento versus estrategias poco eficientes o des adaptativas, esto con el fin de evitar caer de nuevo en patrones poco saludables. Se fomento la implementación consistente las estrategias de afrontamiento y técnicas de estudio y manejo eficiente del tiempo que fomentaron el éxito académico Se evaluó de forma constante la motivación y la eficacia de las habilidades para lidiar con los problemas.
	Mantenimiento	Demonstrar autoeficacia mantenida a través de un mejor rendimiento académico, procrastinación disminuida y un alto nivel de involucramiento en otras actividades en ANC.	DC Demostró capacidad de análisis sobre el éxito o fracaso de las acciones tomadas para alcanzar las metas para mejorar el Funcionamiento ejecutivo. Continuar implementado de manera efectiva y eficiente los mecanismos de afrontamiento y técnicas de organización desarrollados.
	Reflexión	Prepararse para aplicar las habilidades aprendidas, plasmarlas en el plan de transición. Actuar como el mentor de otro interno con dificultades similares	Articular como el nuevo repertorio de habilidades ha posibilitado triunfar académicamente y en otras situaciones Analizar como y por que se ha logrado el progreso y enseñarles a otros como lograr cambios efectivos en funcionamiento ejecutivo y la autoeficacia.

Tabla 14. DC Funcionamiento ejecutivo, objetivos y logros

Área de Atención	Etapa de cambio	Objetivos Generales	Resumen de acciones y logros
Manejo efectivo del Humor	Contemplación	Desarrollar conciencia de cómo mi humor afecta: mis relaciones interpersonales, mi habilidad para completar metas, motivación, dinámica familiar y auto estima. Identificar eventos activadores y las creencias irracionales que lo sostienen.	Se identificaron creencias disfuncionales, eventos activadores, distorsiones cognitivas y áreas de conflicto que precipitan la aparición de la depresión y la ansiedad. Se identificaron estrategias y métodos des adaptativos para lidiar con los síntomas de la depresión y la manera en que estos impactan la expresión y experiencia emocional o mantienen conductas poco saludables.
	Planeación	Desarrollar y practicar estrategias y habilidades saludables para disminuir los síntomas de la depresión y la ansiedad, tales como preocupación excesiva, ánimo bajo, irritabilidad, aislamiento, cansancio o evitación de situaciones sociales.	Se desarrolló una rutina diaria balanceada que incluía ejercicio físico, una buena nutrición e hidratación, descanso apropiado y consecución de metas. Se desarrollaron y practicaron estrategias efectivas de afrontamiento que ayudaron a mejorar el ánimo, autoconcepto y la toma de decisiones. Se fomentó la evaluación objetiva de las situaciones de manera que le permitía tomar perspectiva, fomentar el pensamiento racional y la comunicación asertiva.
	Acción	Implementar de manera consistente y efectiva estrategias saludables de afrontamiento, con el fin de llevar un estilo de vida mas balanceado.	Se buscó la implementación consistente de las estrategias desarrolladas por el usuario y su equipo de trabajo, que permitieron disminuir la preocupación excesiva, episodios depresivos, irritabilidad o evitación de situaciones sociales.
	Mantenimiento	Demostrar autoeficacia sostenida, y una disminución de los efectos negativos de los síntomas de la depresión y ansiedad en el desempeño general.	Analizar e identificar las acciones tomadas para alcanzar las metas, su efectividad y posibles amenazas a la sostenibilidad del cambio, asimilación en otros ambientes y la aplicación fuera del centro. Continuar implementando de manera exitosa las estrategias de afrontamiento y sistemas de organización beneficiosos.
	Reflexión	Preparase para aplicar las habilidades aprendidas en un “plan de transición” y actuar como el mentor de otro interno con retos similares.	Implementar de manera exitosa y efectiva, las habilidades y estrategias de afrontamiento aprendidas en otros ambientes fuera de ANC. Analizar cómo y por qué se ha logrado el progreso y enseñarles a otros cómo lograr cambios efectivos en funcionamiento ejecutivo y autoeficacia.

Tabla 15. DC Manejo efectivo del Humor, objetivos y logros.

Área de Atención	Etapa de cambio	Objetivos Generales	Resumen de Acciones y logros
Relaciones & Dinámicas Familiares	Contemplación	Desarrollar conciencia de como la dinámica familiar, afecta las relaciones interpersonales, la autoeficacia o habilidad para completar metas, la motivación y el establecimiento de confianza con los padres, respeto y reciprocidad en la dinámica familiar Identificar las creencias irracionales que lo sostienen y los eventos activadores.	Se Identificaron fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades en la dinámica familiar que contribuían al mantenimiento del problema o facilitaron el establecimiento de relaciones interdependientes en la dinámica familiar. DC y los padres tomaron responsabilidad por acciones que han dañado la relación, identificaron que se puede controlar y que no y se comprometieron a cambiar las conductas y pensamientos des adaptativos Se inició un proceso reciproco de comunicación con los padres o guardianes legales para establecer limites sanos y expectativas realistas que promuevan el respeto y la confianza.
	Planeación	Crear herramientas y estrategias que posibiliten la comunicación asertiva, relaciones e interacciones interdependientes y solución efectiva de conflictos, con el fin de fomentar la empatía confianza y reciprocidad.	Se definió como demostrar integridad, responsabilidad, reciprocidad en La Comunidad Terapéutica, con el fin de ganar confianza y disminuir la aprehensión de los padres o guardianes legales Se enseñaron herramientas de comunicación asertiva y solución efectiva de conflictos con los miembros de la familia, grupo de pares y personal de la Comunidad Terapéutica. Se practicó de manera consistente comunicación asertiva, con los padres o guardines legales, a través de cartas, llamadas y sesiones terapéuticas , al igual que en grupos y otros espacios comunitarios
	Acción	Implementar de manera consistente las estrategias y herramientas aprendidas y creadas que permitan la sostenibilidad de relaciones mas sanas entre el usuario y los miembros de su familia.	Se trabajo de manera consistente resolución efectiva conflictos, tratando de encontrar puntos medios y mostrar honestidad y transparencia con la familia y miembros de la Comunidad Terapéutica. Se Implementaron herramientas y estrategias desarrolladas en el centro, durante una visita a la casa y durante una visita de los padres al centro. Se buscó mantener y cumplir compromisos adquiridos, respetar las reglas y acuerdos negociados con los padres.
	Mantenimiento	Demostrar autoeficacia sostenida y mantenimiento de la empatía, reciprocidad y respeto en la dinámica familiar	Se fomentó el análisis de las acciones, herramientas y estrategias que fueron beneficiosas para tener una relación mas sana con los miembros de la familia , Se Identifico y nombro fortalezas adquiridas y obstáculos potenciales en la dinámica familiar
	Reflexión	Prepararse para aplicar las habilidades y estrategias aprendidas en ANC al “mundo real”.	Analizar como y por que se ha logrado el progreso y hacer planes para mantenerlo fuera de ANC. Enseñarles a otros como lograr cambios efectivos en la dinámica familiar a través de su propio proceso.

Tabla 16. DC Relaciones Familiares, objetivos y logros.

Metas para sí mismo		
		Pasos y acciones
Salud física	Ejercicio y actividad	Bajar al menos 2kg de peso, mejorando mi dieta y creando un plan de ejercicios.
	Nutrición e hidratación	
	Higiene	
Autoeficacia	Autocuidado	Practicar ejercicios de relajación progresiva y respiración para lidiar con la ansiedad y el estrés. Desarrollar conciencia de cómo se manifiestan la depresión y ansiedad en mi día a día. Aprender a reconocer creencias erróneas y desarrollar estrategias para disputarlas.
	Estrategias de Afrontamiento	
	Autocontrol	
Identidad	Comportamiento ético	Comportarme de una manera adecuada incluso cuando no estoy siendo observado, seguir la reglas del centro. Incurcionar en actividades nuevas e identificar actividades que me hagan sentir bien y me ayuden a mejorar mi concepto de mí mismo.
	“Insight” y conciencia	
	Confianza en sí mismo	
Apertura a nuevas experiencias	Flexibilidad y Adaptabilidad	Usar grupos para hablar de mis problemas. Participar de manera auténtica en las distintas actividades propuestas por el centro, aun cuando no veo el punto o piense que son “tontas” o aburridas.
	Curiosidad y Apertura	
	Vulnerabilidad	
Comunidad		
		Pasos y acciones
Impacto Social	Seguridad física y límites	Tratar a los demás como me gustaría que me traten a mí. Evitar molestar a los demás.
	Seguridad emocional y límites.	
	Respeto a los demás	
Desarrollo de Relaciones	Reciprocidad en las relaciones	Usar sesiones familiares para mejorar las relaciones con mis padres y aumentar la confianza. Tratar a los demás como me gustaría que me trataran, hablar de mi adopción.
	Receptividad al apoyo y a la retroalimentación	

	Desarrollo de relaciones	
Habilidades Sociales	Comunicación verbal	Practicar comunicación asertiva, y desarrollar conciencia sobre mi lenguaje no verbal.
	Comunicación no verbal	
	Resolución de conflictos	
Involucramiento Comunitario	Participación y actitud	Realizar un mural en el centro con el fin de embellecer el área de los dormitorios.
	Liderazgo	
	Trabajo en equipo y colaboración	
Futuro		
		Pasos y acciones
Iniciativa	Planeación y creación de metas	Practicar e implementar las estrategias aprendidas con el fin de mejorar mi organización y completar tareas. Revisar el progreso semanalmente con los profesores y mi terapeuta.
	Involucramiento con el proceso	
	Asertividad	
Funcionamiento ejecutivo	Organización	Crear calendarios para organizar mi tiempo libre e implementar técnicas de estudio aprendidas. Darme cuenta de cuando estoy procrastinando y por qué lo hago.
	Manejo del tiempo	
	Compleción de tareas	
Resiliencia	Optimismo	Usar técnicas de disputa cognitiva para evaluar la validez o racionalidad de mis perspectivas a futuro o situación actual.
	Esfuerzo y perseverancia	
	Recursos	
Contribuciones	Proyectos	Realizar un mural en el área de dormitorios.
	Actividades y eventos	
	Logros	

Tabla 17. Plan individual “DC”.

Análisis del proceso de “DC”

“DC” tuvo un progreso un poco más lento y complicado, o comparado con el resto de los beneficiarios. Varias de las metas planteadas, en particular relacionadas con el tratamiento de la depresión, ansiedad y comportamiento disruptivo, no fueron alcanzadas. Esto se ve soportado por los puntajes de las pruebas BYI-2 (Beck, et al. 2001), aplicadas posterior al tratamiento. Uno de los indicadores para evaluar el progreso, fue la consecución de hitos programáticos. “DC”, estuvo al menos dos meses en la etapa de “Orientación”, mientras que el resto de usuarios logró su consecución en el transcurso previsto de un mes. La aprehensión de rutinas institucionales y la adherencia a las reglas fue particularmente difícil para “DC”. Por ejemplo, prepararse alimentos dentro de los horarios establecidos y la realización de las labores de aseo, tanto del espacio personal como del comunitario, fueron fuente de conflicto constate entre “DC” y varios de los miembros del personal de planta. “DC” frecuentemente se rehusaba a realizar las labores que le eran asignadas, en estas ocasiones solía ser irrespetuoso y frecuentemente confrontaba al personal, cuestionando su autoridad, generando conflicto y frustración en ambas partes. Sus relaciones interpersonales, tanto con el grupo de pares y el personal se vieron afectadas y, en general, le fue difícil encontrar apoyo entre los otros usuarios, frecuentemente era aislado por el resto debido a su impulsividad y estilo de relación.

En los dormitorios, frecuentemente amenazaba a sus compañeros y en varias ocasiones agredió física y verbalmente a otros usuarios del centro. También, llegó a robar pertenencias ajenas con el fin de venderlas u obtener dinero a cambio de devolverlas. La manera en que el centro lidió con este tipo de actitudes, fue principalmente conductual: “DC” perdía beneficios, como suspensión de la “mesada”, se le negaba la participación en actividades recreativas y uso del internet. Usualmente, estas medidas generaban más enojo y frustración, los cuales eran proyectados hacia el centro, en vez de hacia sus comportamientos y decisiones. Por su parte, el practicante implementó cuatro mediaciones de conflicto, dos reuniones con miembros del personal, y dos con otros internos, se mantuvieron seis “*Consejos de Honor*” con el fin de

proporcionar retroalimentación y sugerencias que permitieran a “DC” disminuir comportamientos disruptivos, mejorar relaciones interpersonales y continuar trabajando hacia un etilo de vida mas balanceado.

En general, durante el trabajo con el practicante, “DC” se mostraba reservado y poco comunicativo, raramente elaboraba sobre sus pensamientos, emociones y actividades semanales. A pesar que reportaba tener una buena relación con el practicante, “DC” era reservado y necesitó alrededor de quince sesiones para mostrarse más involucrado y comunicativo. “DC” reconocía tener dificultad para establecer confianza con otras personas, en parte relacionada con el estilo de apego y atribuida al practicante por ser parte del personal del centro, a cuyos miembros “DC” identificaba como a sus “captosres” y “enemigos”. Con el fin de generar “rapport” se reforzó y remarcó la confidencialidad de lo discutido en sesiones y grupos, se utilizaron deportes y actividades para fomentar la relación; fue de gran ayuda enfocarse en las fortalezas del usuario. Una de estas fortalezas era la sensibilidad y el talento artístico, en particular con la pintura y las habilidades físicas y atléticas. Mucho del trabajo con “DC” se dio fuera de sesiones formales y utilizando el Milieu como una herramienta terapéutica para llevar a cabo intervenciones. Los “Consejos de Honor” fueron ampliamente usados ya que permitían que DC recibiera retroalimentación de sus pares y personal en un ambiente neutral, en estos espacios se mostraba más abierto e involucrado. Se usó también el trabajo con el grupo de pares para promover la inclusión social e intentar crear y mantener relaciones significativas con otros fuera de su familia y grupo de amigos en Estados Unidos.

Académicamente, “DC” logró un éxito considerable. Al final de la práctica las mayoría de sus notas eran superiores a ochenta que, comparado a su nivel de desempeño en otras instituciones, estaba por encima de su promedio. Si bien sus notas no eran ejemplares y frecuentemente tenía que solicitar extensiones para entregar proyectos y tareas, sus padres y él mismo reportaron que este nivel de funcionamiento ha sido el más alto adquirido hasta el momento.

Un factor que dificultó considerablemente el proceso, fue el estilo de apego de DC y el involucramiento de los padres durante el proceso. Alrededor del segundo mes de la práctica fue claro que DC mostraba características de un estilo de apego reactivo (313.89)” (American Psychiatric Association, 2013), el cual fue evaluado por otro de los

psicólogos del centro. el practicante colaboró en el proceso de evaluación y la aplicación de pruebas. En las sesiones individuales, uno de los temas más comunes era el sentimiento de culpa por haber sido adoptado, negándole la posibilidad de adopción a uno de sus hermanos biológicos. Los padres, en particular la madre, expresaron arrepentimiento de haber adoptado a “DC”, diciendo que eligieron al “niño equivocado”. En varias sesiones familiares, la madre expresó que la adopción fue decisión del padre y ella accedió para salvar el matrimonio, mencionó también que ya estaba “harta” de velar por el hijo de alguien más y un deseo por desligarse de “DC”. Cuando estos temas afloraban, los comportamientos disruptivos de DC incrementaban al igual que los síntomas de depresión y ansiedad. Aunado a esto, las dificultades intelectuales y cognitivas de DC, evidenciadas en la baja puntuación en el procesamiento de la información, habilidades lingüísticas y memoria de trabajo, añadieron un factor extra a la hora de implementar los planes de tratamiento y en particular durante y entre las sesiones con el practicante.

Siguiendo el modelo cognitivo conductual y los hallazgos encontrados durante el proceso, se presentan las creencias disfuncionales más relevantes identificadas y trabajadas con DC durante el proceso.

I. Creencia Irracional sobre sí mismo:

“No soy digno de ser amado”

Subcreencias que la mantienen

1. Si me dieron en adopción, fue por que había algo “malo” en mí desde el momento en que nací.
2. No merezco la oportunidad y beneficios que me dio mi familia adoptiva.
3. No pertenezco a ningún lugar.
4. Soy una persona, fea y tonta y no puedo cambiar.

Consecuencias cognitivas

1. Inflexibilidad.
2. Expectativas irreales sobre sí mismo.
3. Preocupación excesiva sobre la opinión que tienen otros de sí mismo.
4. Autoestima y autoconcepto negativo basado en características étnicas (disgusto por color de piel, tamaño y peso).

5. Dificultad para aceptarse.
6. Tendencia a proyectar la frustración y enfocarse en lo negativo.

Consecuencias emocionales

1. Depresión.
2. Ansiedad.
3. Ataques de ira.
4. Desesperanza.

Consecuencias conductuales

1. Aislamiento social.
2. Comportamientos violentos.
3. Dificultad para apegarse a reglas.
4. Procrastinación de tareas académicas.
5. Bajo rendimiento académico.
6. Falta de asertividad.
7. Alteraciones en los patrones alimenticios.

II. Creencia irracional sobre los demás:

“No puedo confiar ni amar a nadie ya que me van a abandonar o sólo se relacionan conmigo por lástima”

Subcreencias que la mantienen

1. Todas las personas con las que me relaciono me van a abandonar.
2. Mis padres no me aman y soy una carga para ellos.
3. Los otros me desprecian.
4. No puedo vivir sin alguien que me ame.

D. Consecuencias cognitivas

1. Inflexibilidad y expectativas irreales, en especial con los padres
2. Percepción negativa de los otros
3. Ideas negativas de sí mismo y de las intenciones de los otros.

4. Dificultad para aceptar las “faltas” propias y tendencia a verlas como evidencia de sus faltas.
5. Confusión y duda al querer ser amado y creerlo imposible.

E. Consecuencias emocionales

1. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado.
2. Impaciencia.
3. Amargura.
4. Resentimiento.

F. Consecuencias conductuales

1. Violencia y agresión verbal y física contra otros y contra sí mismo.
2. “Bullying”
3. Aislamiento.
4. Formas inapropiadas y trastornadas de relacionarse socialmente en la mayoría de los contextos.
5. Incapacidad para iniciar o responder a la mayoría de las interacciones sociales de una manera apropiada para el desarrollo.
6. Desinhibición social.

III. Creencia irracional sobre el mundo

“Mi vida debería de ser distinta ya que no tuve que haber sido adoptado ”

C. Subcreencias que la mantienen

1. Le estoy robando la oportunidad a alguien mejor que yo.
2. No puedo soportar el estrés o la adversidad.
3. Debo de hacerles ver a mis padres que se equivocaron de niño.
4. Debo de vivir una vida dolorosa y difícil

D. Consecuencias cognitivas

1. Subestimación de sus condiciones de vida.
2. Subestimación sobre las habilidades propias para afrontar la adversidad o el conflicto.
3. Dificultad para lidiar con la incertidumbre y el cambio.

4. Percepción de autoeficacia limitada e imposibilidad para mejorar su condición.

B. Consecuencias emocionales

5. Baja tolerancia a la frustración.
6. Lastima de sí mismo.
7. Depresión.
8. Ansiedad crónica.
9. Dificultad para manejar la ira.

E. Consecuencias conductuales.

1. Procrastinación.
2. Comportamientos evitativos.
3. Abuso de drogas y alcohol fuera del centro.
4. Alteraciones en los patrones alimenticios (por ejemplo, comer excesivamente).

Tomando lo anterior en cuenta, se diseñaron y se implementaron las siguientes intervenciones con el fin de fomentar la autoeficacia, mejorar el auto concepto y aumentar el repertorio conductual para lidiar con las situaciones cotidianas, la tolerancia a la frustración y disminuir los comportamientos problemáticos de “DC”. Este proceso inició a partir de la quinta sesión y se extendió hasta las sesiones finales.

Intervenciones conductuales

Implementación de técnicas de estudio o modificaciones en el salón de clase: de manera similar con “HH” y el resto de los beneficiarios, se trabajó con el personal del departamento académico y se tomó lo aprendido en la etapa de evaluación. Con “DC”, fue de vital importancia asegurarse que estaba asimilando los contenidos e instrucciones brindadas en clase, se le brindaban instrucciones escritas y separadas en pasos, se le asignaba también un mentor del grupo de pares para aclarar contenido y promover la compleción de tareas. Algunas de las modificaciones en el salón de clase fueron sentarse al frente de la clase, grabar las lecciones y solicitar tiempo extra para completar asignaciones.

a) Creación de Rutinas: trabajando en conjunto con el personal del departamento de educación experiencial se crearon rutinas de autocuidado y organización de su espacio, buscando promover la planeación efectiva del tiempo libre, así como de las responsabilidades académicas. “DC” descubrió que la pintura y el ejercicio físico diario le eran actividades beneficiosos para manejar su humor y tomar espacio para su monólogo interno.

b) Intervenciones artísticas comunitarias: se trabajó con “DC” en la creación de varios murales en el centro con el fin de mostrarse a sí mismo y los demás de una manera distinta al rol asignado.

c) Trabajo con nutricionista y preparador físico: “DC” creó un plan riguroso de ejercicio físico al cual se apegó, desafortunadamente, esto generó una obsesión con su peso y apariencia física que fue dañina para su salud, ya que estaba relacionada con una de las subcreencias irracionales respecto a sí mismo. Alrededor del tercer mes, comenzó a restringir su ingesta de alimentos y, en menos de un mes, perdió alrededor de cinco kilogramos. “DC” y el practicante acordaron visitar a un experto para tener un mejor criterio y trabajar de una manera integral. Esta intervención logró que “DC” alcanzara un peso sano para su edad y talla. Se cambiaron comidas por suplementos con el fin de encontrar un punto medio, ya que se rehusaba a seguir las indicaciones profesionales. Al momento de finalización de la práctica, “DC” no estaba implementando la rutina acordada y continuaba perdiendo peso.

d) Intervenciones paradójicas: se le pedía a “DC” que se comportara de manera contradictoria a la creencia. Por ejemplo, respecto a la creencia irracional acerca de los otros: “Los demás son hostiles”, se disputó la creencia y se le animaba a mostrarse amable y generoso. Respecto a su percepción de autoeficacia, se buscó seguir horarios y otras estrategias que le posibilitaran generar evidencia, a favor de su potencial académico e intelectual. Se enfatizó la importancia de hacerlo, aun cuando no “se sentía bien” o “no quería”, para esto la confianza en el practicante fue crucial.

e) Mediación de conflictos: dada la trayectoria de “DC” en el programa, el practicante ayudó a mediar y solucionar conflictos entre “DC” y miembros de la Comunidad Terapéutica y personal, como se mencionó antes, se usaron los “Consejos de Honor” y grupos terapéuticos. En sesiones individuales se revisaron y discutieron

distintas estrategias para solucionar conflictos, las cuales “DC” aplicaba esporádicamente.

Estrategias de afrontamiento centradas en el problema: se buscaba hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Se promovía una búsqueda deliberada de soluciones mediante acciones. Este tipo de estrategias fueron la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.

Técnicas cognitivas

a) Análisis Racional: se analizó en sesiones individuales, situaciones activadoras en la vida cotidiana con el fin de practicar el modelo “ABCDE” de la TREC para identificar el proceso de cognición y disputar las creencias irracionales antes identificadas. Conforme adquiría experiencia, se le pedía que lo hiciesen como tarea y se discutían en sesiones individuales. Este modelo se trabajó a lo largo del proceso, desde la sexta sesión hasta el cierre. Usualmente los temas giraban alrededor de la percepción los otros y la baja autoestima. A final del proceso, como se ve en el Gráfico 6, de acuerdo con la batería de pruebas de Beck (2001), “DC” logró mejorar su autconcepto.

b) Escala de catástrofes: se buscó generar conciencia sobre las tendencias fatalistas y evaluar de una forma más realista la magnitud real de los problemas. Se creó una escala de 0 a 100 dividida en decenas. Una vez creada, se le pedía que ubicara en la escala lo que sea que evaluaba de manera catastrófica. Después, se agregaban otros acontecimientos en la escala, por ejemplo, “tomar café con un amigo” fue ubicado en 0, “tener tarea cuando hay un partido de fútbol americano” se ubicó en 30, “ser secuestrado” en 80. Cuando se tiene la escala llena se le pide que se reevalúe el tema original, con el fin de dimensionar la situación problema.

c) Reestructuración cognitiva: se usó para analizar eventos negativos y ponerlos en perspectiva, evaluarlos como “decepcionantes”, “preocupantes” o “incomodos” en vez de “terribles” o “insoportables”, se buscaba también que listaron al menos dos consecuencias positivas de la situación. Se trabajó significativamente en mejorar la autopercepción y autoestima de DC, proceso que se mantuvo a lo largo de la práctica. Trabajar sobre la creencia irracional de sí mismo: “No soy digno de ser amado” fue

central, proceso que se llevó a cabo, en gran medida, a través del trabajo con la comunidad terapéutica y el grupo de pares. En sesiones grupales comunitarias, “DC” pidió retroalimentación de manera constante y se utilizaron los Consejos de Honor.

d) Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: se buscaba la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Se pretendía aminorar el impacto sobre “DC” y se enfocaba en el autocontrol, el distanciamiento y la reevaluación positiva. Para esto, se utilizaron técnicas de respiración y de imaginación, así como diálogos socráticos en sesiones. Se asignaban tareas basadas en otras técnicas (por ejemplo, utilización de estrategias de afrontamiento y manejo efectivo de conflictos)

Como se mencionó anteriormente, una de las áreas de trabajo más importantes con “DC”, fue el trabajo sobre la adopción y estilo de apego. Una de las metas de “DC” fue fomentar una relación más auténtica y abierta con su familia. Se buscó promover la inteligencia emocional, mediante sesiones magistrales y recursos como la “Rueda de emociones”, donde se le ayudaba a “DC” a nombrar y reconocer sus sentimientos. Se practicó también la comunicación asertiva, con el fin de brindar herramientas que promovieran la expresión y reconocimiento de emociones y fomentaran el conocimiento de su mundo interno. “DC” entró en contacto con un sentimiento de culpa y de vergüenza por haber sido adoptado, el cual fue difícil de manejar, dado el estado de desarrollo cognitivo y la etapa de cambio en la que se encontraba. “DC” se negó a seguir trabajando sobre este tema y lo evitaba a toda costa en las sesiones individuales. El practicante trabajó con los padres con el fin de promover una relación más cercana y buscar una conexión emocional más fuerte. Con este fin, “DC” fue a la casa por el lapso de una semana. Durante este tiempo ambas partes notaron mejorías en la relación; sin embargo, “DC” tuvo una recaída con el consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo, lo cual afectó significativamente la confianza con su familia. A su regreso a ANC, se dio un incremento en sus comportamientos disruptivos y en la sintomatología de la depresión y ansiedad, así como una caída en su desempeño en el programa en general. Aunado a esto, un mes después de su regreso, su abuela materna fallece. Después de la visita a la casa, su madre expresa que ya no quiere seguir presente en la vida de “DC”, confirmando varias de sus creencias irracionales y dificultando considerablemente el proceso.

“DC” se mostraba ausente y evitaba reunirse con el practicante, también mostró una regresión significativa en sus estrategias de afrontamiento, por ejemplo, abusando medicación de otro interno. La manera que “DC” eligió para lidiar con su realidad generalmente causaba más estresores ambientales, empeorando la situación.

En conjunto con el equipo de trabajo y el psiquiatra del centro, “DC” retomó el tratamiento farmacológico para lidiar con la depresión y la ansiedad, el practicante evaluó de manera constante los efectos deseados e indeseados de la medicación, se proveyó información sobre los efectos del medicamento y se realizó un plan de monitoreo. Con el fin de trabajar en la dinámica familiar, las sesiones familiares se enfocaron en fortalecer la relación con su padre y su hermana “A”, con el fin de generar una conexión emocional más fuerte y segura. “DC” participó también en un grupo que se enfocaba en estrategias de prevención de recaídas con sustancias. Al final de la práctica, “DC” se manifestaba ambivalente sobre el uso recreativo de drogas, por lo cual se enfocó el trabajo en estrategias de reducción del daño.

En la aplicación de pruebas post-test, no se evidenció un cambio significativo en ninguno de los puntajes, como se evidencia en los gráficos 6 y 7.

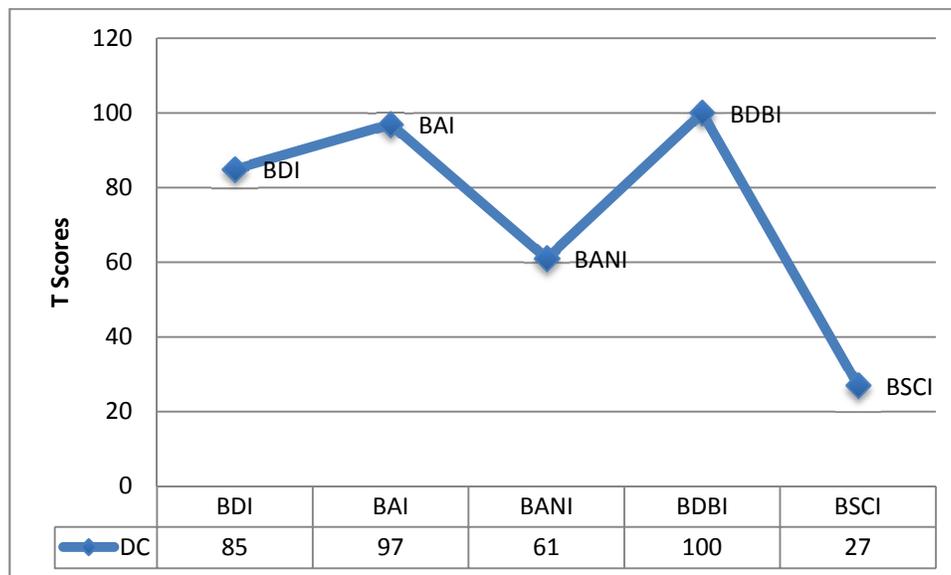


Gráfico 5. DC, puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) pre-intervención.

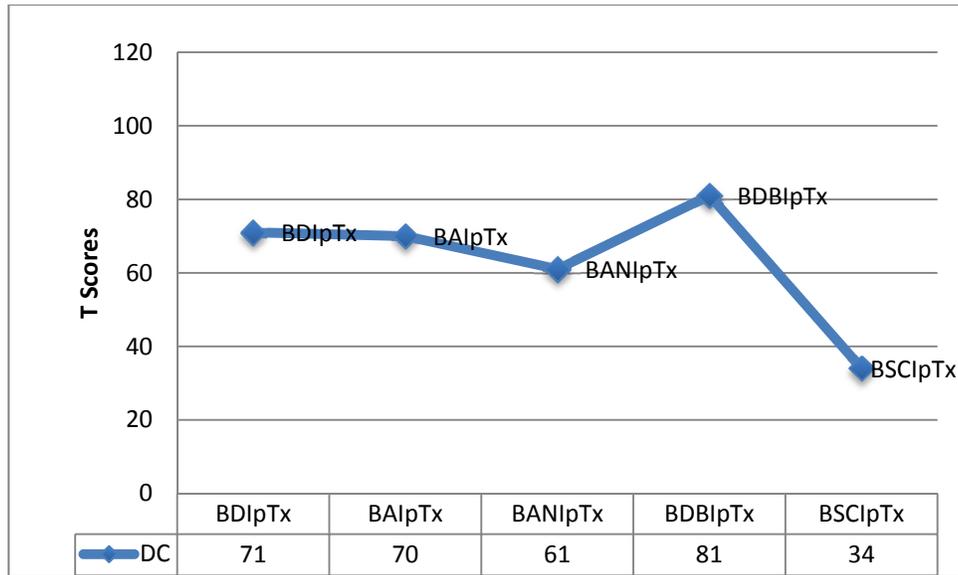


Gráfico 6. DC, puntajes Beck Youth Inventory 2 (BYI-2) post-intervención.

5. Resultados de la población general

Los gráficos 8 y 9 presentan las puntuaciones en la batería de pruebas de Beck (2001) al inicio del tratamiento y después del tratamiento del total de la población.

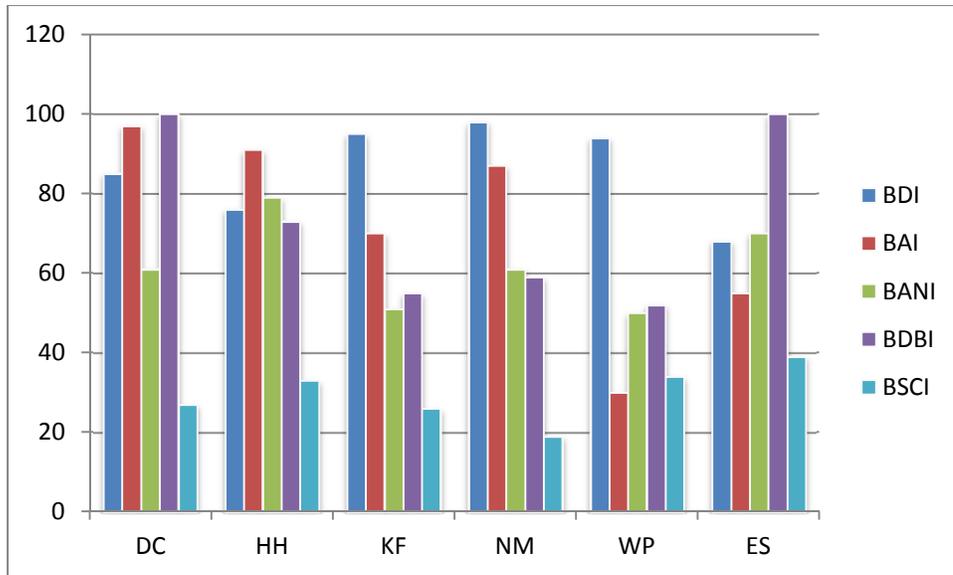


Gráfico 7. Puntuaciones en Escalas de Beck antes del tratamiento

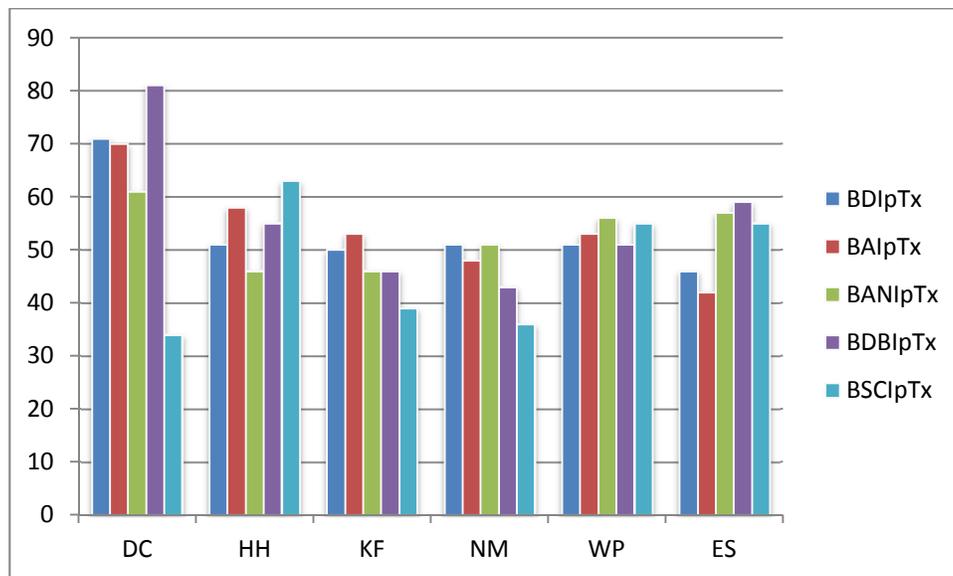


Gráfico 8. Puntuaciones en Escalas de Beck después del tratamiento.

En los gráficos, se puede observar una disminución marcada en casi todos los usuarios en las distintas pruebas. De los seis usuarios, todos disminuyeron los síntomas de la depresión en la aplicación de pruebas después del tratamiento, cuatro disminuyeron los síntomas del diagnóstico de ansiedad y la ira y cinco los indicadores de comportamiento disruptivo. Todos mejoraron la puntuación en la Escala de Autoconcepto y lograron mejorar su funcionamiento académico. A excepción de “DC”, la mayoría de padres reportaron una mejoría en las relaciones interpersonales con sus hijos, el personal del centro reportó también mejorías en funcionamiento ejecutivo y seguimiento de rutinas, así como en prácticas de autocuidado como ejercicio físico, dieta y patrones de sueño.

V. Discusión Teórica

La Terapia Cognitivo Conductual está basada en el precepto de que las cogniciones, emociones y conductas interactúan de manera cercana, manteniendo una relación recíproca causa – efecto. El modelo asume que las personas incrementan sus problemas en diversas áreas, de acuerdo al marco de creencias bajo el cual se interpretan los eventos y las situaciones. El trabajo realizado con los usuarios se enfocó en mejorar la calidad de vida de los usuarios al desarrollar una interpretación más realista de sí mismos, los demás y el mundo, buscando disminuir el sufrimiento innecesario provocado por ideas y creencias irracionales.

El trabajo realizado en el centro, desde el marco de la terapia cognitivo conductual, concomitante con las practicas institucionales, parece haber sido efectivo en la mayoría de los usuarios para mitigar o eliminar los síntomas de la depresión y la ansiedad. Esto parece estar de acuerdo con lo encontrado por Norton, Tucker, Russell, Bettmann, Gillis y Behrens (2014), quienes resaltan la importancia de la educación experiencial en el tratamiento de jóvenes en centros residenciales. El hecho de que ANC incorpora dentro de sus prácticas de educación experiencial retos físicos, con contenido terapéutico, concuerda con lo encontrado por los autores antes mencionados, apoyando la efectividad en el tratamiento de la depresión y la ansiedad. Durante la etapa de evaluación de la efectividad del proceso, se tomó como referencia principal las puntuaciones en las escalas de Beck después de haber finalizado el período de implementación de la práctica. Se contó también con autoreportes de los usuarios, así como reportes de la familia y reportes de varios miembros del equipo de trabajo y otro personal del centro.

El caso de “DC”, fue particular, y es el que demuestra en el papel el menor progreso. Esto puede ser debido a que durante el tratamiento con el practicante se logró diagnosticar un estilo de apego reactivo. La actitud de sus padres durante el proceso fue distante y desinteresada, lo que dificultó considerablemente el progreso durante la práctica. De lo anterior se infiere que el involucramiento de los padres y la familia en el trabajo con adolescentes en centros residenciales juega un factor determinante en el éxito del proceso. Esto concuerda con lo hallado por Nickerson et al. (2006) respecto al contacto y trabajo con las familias en ambientes residenciales. En su estudio, los internos

que mejoraron la relación con las familias, parecieron responder mejor al tratamiento. Durante la práctica, el trabajo terapéutico con las familias jugó un papel determinante. En varios casos, fue sumamente beneficioso, facilitando la concreción de objetivos terapéuticos, como la disminución del estrés, la ampliación de redes de apoyo y la resolución de conflictos, mientras que en el caso de “DC” complicó drásticamente el tratamiento, principalmente debido al factor de incertidumbre que aportaron los miembros de la familia. Durante el proceso, sus padres fueron bastante resistentes a reflexionar sobre su rol en la manutención de los problemas, se mostraron reacios a hablar sobre temas como la historia familiar y la adopción y faltaban con frecuencia a las sesiones de familia. Esta falta de involucramiento ratificó y fortaleció varias creencias irracionales que “DC” mantenía sobre sí mismo y los demás, que dificultaron significativamente su adhesión a las reglas institucionales y progreso programático. En este caso, las sesiones familiares y el contacto periódico con los padres no lograron mejorar la relación entre los involucrados. Estos espacios generaban más síntomas adversos, particularmente de comportamientos disruptivos después del contacto, lo cual afectó de manera negativa su trayectoria programática. Las familias de los otros usuarios listaron varios indicadores de progreso. Por ejemplo, un usuario logró retomar la relación con su madre después de varios meses de no interactuar con ella. Los padres notaron en la mayoría de los usuarios más asertividad y una perspectiva más optimista con respecto al futuro. Varios padres mencionaron también que, gracias al proceso de los usuarios, ellos mismos iniciaron un proceso terapéutico paralelo y sanaron relaciones con otros miembros de sus familias. En los demás casos, las familias estuvieron sumamente involucradas y abiertas al proceso, factores que los usuarios identificaron como beneficiosos y motivantes. Esto podría explicar parte de las dificultades de “DC” y la falta de progreso, comparado con el resto de los usuarios. Casos como el de “ES”, “HH” y “NM”, donde el trabajo de familia consiguió mejorar las dinámicas familiares, apoyan esta teoría.

Otro factor importante por mencionar fue el involucramiento de otros miembros del personal durante el proceso. En el contexto de la comunidad terapéutica, el personal es parte integral del tratamiento. Las relaciones creadas con los usuarios contribuyeron a

la “matriz de interacciones” del centro. El personal tuvo un rol activo en el mantenimiento o cambio de dinámicas y patrones individuales e interpersonales; esto debido a que la matriz de interacciones permea y envuelve a todos los miembros de la comunidad. Fue importante entender a los usuarios dentro de la comunidad, y usar de manera efectiva las relaciones creadas con otros miembros del centro. En las Comunidades Terapéuticas, los sujetos están en constante interacción con otros internos y miembros del personal. Muchos de los contenidos trabajados en sesiones individuales (ideas, emociones o conflictos) estuvieron generados por la matriz antes mencionada, lo cual facilitaba o dificultaba el proceso individual. Con “DC”, por ejemplo, el personal mostraba una predisposición negativa, lo cual mantuvo hasta cierto punto varios de los problemas. Mientras que con “HH”, el personal se mostraba más abierto y receptivo e incluso permisivo, lo cual fue tomado por este usuario como retroalimentación ambiental positiva respecto a los cambios que iba implementado.

Mas allá de las puntuaciones obtenidas en las escalas de Beck, los usuarios reportaron en general sentirse más cómodos consigo mismos, tener un mejor set de herramientas para lidiar con la adversidad y sentirse más en control de sí mismos. Aparte del “progreso evidente”, como obtener mejores notas en el departamento académico, integrarse a una gama más amplia de actividades, relacionarse de manera más apropiada con los demás o, incluso, ser capaces de desarrollar amistades con otros miembros de la comunidad, muchos de los usuarios reportaron mejorías en ámbitos difíciles de medir, como su percepción del futuro o de su pasado.

El cohorte que formaron estos usuarios tuvo un papel importante a nivel comunitario. Este grupo, fue un modelo positivo para los demás, ayudaban a regular y mediar conflictos dentro de la comunidad de una manera mas orgánica, eran frecuentemente invitados a Consejos de Honor y vistos como líderes comunitarios. afectando de manera positiva las dinámicas dentro de la institución.

Tomando en cuenta lo encontrado por Sigrid James (2011), es necesario realizar más estudios para determinar la efectividad del tratamiento, ya que es difícil medir con certeza cuales son los factores predictores de éxito. Los cambios conductuales observados y apoyados, en su mayoría, por las pruebas realizadas post-tratamiento, se

dieron en un ambiente sumamente controlado, diseñado para mantener y fortalecer los mismos; por lo cual parece pertinente realizar un seguimiento de los sujetos fuera del centro para evaluar el éxito y la aprehensión de las estrategias y habilidades aprendidas durante la práctica. Factores como la nutrición, el ejercicio regular, la instauración de un horario fijo así como la remoción del contexto que fomentaba o mantenía los diagnósticos, pudieron haber contribuido a la remisión de la depresión y la ansiedad, evidenciada en las baterías de pruebas de Beck.

VI. Conclusiones

De lo observado durante la práctica, se puede afirmar que:

- El proceso de familiarización con la institución fue clave para el curso de la práctica, permitió al practicante orientarse en la institución y desarrollar un mejor entendimiento de las prácticas y políticas institucionales, permitió también desarrollar relaciones con los miembros de otros departamentos y colaborar con la manutención de la Comunidad Terapéutica. Asimismo, la etapa de revisión de expedientes fue de gran utilidad, ya que facilitó la adquisición de conocimiento general sobre la población y especificó sobre los usuarios, permitiendo la consecución de uno de los objetivos planteados, facilitó también el diseño de los planes de tratamiento.
- Tratando efectivamente a un grupo pequeño de usuarios, se puede tener un impacto en otros ámbitos de la comunidad terapéutica, por ejemplo sus familias.
- Las comunidades terapéuticas funcionan mejor cuando el personal adopta una postura abierta al cuestionamiento sobre su desempeño. En la fase de implementación, por ejemplo, existieron varios conflictos entre los usuarios y miembros del personal que tuvieron que ser mediados. En general, cuando el personal fue abierto a la crítica y retroalimentación, se vio una mejoría en la relación y una disminución marcada de los conflictos en menor tiempo.
- El involucramiento familiar es clave para el proceso terapéutico en comunidades terapéuticas. El caso de “DC” es un claro ejemplo, durante el proceso, sus padres fueron bastante resistentes a reflexionar sobre su rol en la manutención de los problemas, se mostraron también reacios a hablar de temas relevantes para la historia familiar, como el proceso de adopción, faltaban con frecuencia a las sesiones de familia y mostraban poco interés por “DC”. Esta falta de involucramiento ratificó y fortaleció varias creencias irracionales que “DC” mantenía sobre sí mismo y los demás, que dificultaron significativamente su adhesión a las reglas institucionales y progreso

programático. En los demás casos, las familias estuvieron sumamente involucradas y abiertas al proceso, factores que los usuarios identificaron como beneficioso y motivante.

- El uso de la Terapia Cognitivo Conductual en la institución fue exitoso en el tratamiento de la depresión y ansiedad; la aproximación individual y grupal, parece maximizar resultados.
- A nivel grupal, el uso de las experiencias de los participantes a manera de ejemplo facilitó las discusiones, así como la incorporación de las técnicas en el día a día de los beneficiarios. Es importante mencionar que muchos de los temas que surgieron en los grupos se continuaron trabajando en sesiones individuales
- La creación de planes de tratamiento individual es sumamente beneficiosa para el trabajo en centros residenciales. Esta fue una herramienta útil para el trabajo multidisciplinario y, en algunos casos, facilitó ciertos requerimientos formales como el pago de seguros. La mayor riqueza de la creación de los planes de tratamiento fue el establecimiento de metas para el proceso, así como los pasos a seguir para lograrlos, organizó el trabajo de las dos partes a orientar los esfuerzos a áreas concretas y mejoró y facilitó la comunicación dentro del equipo de tratamiento.
- El uso del Paradigma Cognitivo Conductual en población residencial, diagnosticada con depresión y ansiedad, resultó ser efectivo y beneficioso. El carácter complementario del trabajo grupal e individual fue efectivo, permitió reforzar contenidos, fomentar el trabajo del cohorte y la creación de un grupo dentro de la Comunidad Terapéutica, con capacidad para afectar de manera positiva a la Milieu general.
- En el quehacer clínico, la supervisión cumple un rol de vital importancia en la formación de profesionales, la misma tiene la capacidad de proveer al practicante con nuevas herramientas y habilidades, que enriquecen su saber y que, por ende, mejoran la calidad de la atención.

VII. Recomendaciones

Al centro:

- Generar más oportunidades de formación para jóvenes profesionales.
- Implementar protocolos de entrenamiento para los miembros del personal.
- Evaluar el uso de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente en contextos grupales.
- Desarrollar un plan de seguimiento para los usuarios que dejan el centro.

A la universidad:

- Dar seguimiento a los estudiantes egresados de manera que finalicen con los requisitos necesarios para la consecución de la licenciatura en un plazo no mayor a la consecución del plan de estudios.
- Incrementar la posibilidad de inserción en distintos ambientes laborales para los estudiantes universitarios interesados en llevar a cabo practicas dirigidas.

VIII. Bibliografía

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
2. Ammon, G. (1994). Milieu Therapy. *Psychiatric Dynamics*. Vol. 27, (2) págs. 24-30.
3. Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY. Hoeber.
4. Beck, A., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York. Basic Books.
5. Beck, A., Rush, A., Emery, G. (1987). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. ISBN 978-0898629194.
6. Beck, A., T.; Steer, R., A.; Beck, J.; Newman, C. (1993). "Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression". *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 23 (2): 139–145. doi:10.1111/j.1943-278X.1993.tb00378.x. ISSN 1943-278X
7. Beck J., Beck, A., y J.Jolly (2001). *Manual for the Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment*. San Antonio, TX. Psychological Corp.
8. Cartin, T. y M., Vega (2001). *Propuesta de un manual de intervención psicológica en los trastornos por consumo de crack: un abordaje desde la perspectiva cognitiva conductual emocional*. Tesis de Licenciatura en Psicología. San José. Universidad de Costa Rica.
9. Chaves, C. y P. Hidalgo (2003). *Estudio de los factores predisposicionales, precipitantes y de mantenimiento de la conducta de consumo de MDMA o "éxtasis" en jóvenes entre 18 y 24 años en el área metropolitana de Costa Rica*. Tesis de Licenciatura en Psicología. San José. Universidad de Costa Rica.
10. Coleman, J. y L. Hendry (1999). *The nature of adolescence*. Londres, Inglaterra. Routledge.
11. Coleman, J. y L. Hendry (2003). *Psicología de La Adolescencia (4ta Edición)*. Madrid. Ediciones Morata, SL.

12. Cully, J. y A. Teten (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC.
13. David, D. (1999/2000). *REBT depression manual; Managing depression using rational emotive behavior therapy*.
14. David, D., Kangas, M., Schnur, J., y G. Montgomery (2004). *REBT depression manual; Managing depression using rational emotive behavior therapy*. Babes-Bolyai University (BBU), Romania.
15. David, D., Szentagotai, A., Lupu, V., y Cosman, D. (2008). *Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, post-treatment outcomes, and six-month follow-up*. *Journal of Clinical Psychology*, V. 64, págs. 728-746
16. DeRubeis, R., y Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37– 52. doi:10.1037/0022-006X.66.1.37.
17. Díaz, M., Sequeira, S. y C. Garita (1999) *Manual de Consejería en Salud Sexual para los y las adolescentes*. PAIA. San José. Caja Costarricense de Seguro Social.
18. Durán, M. (2012). *Diseño y sistematización de un programa de tratamiento residencial para adolescentes varones que abusan sustancias: Cotejo de la implementación teórico-práctica con la experiencia de tres usuarios*. Tesis para optar por el grado de Magister en Psicología. San José. Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica.
19. Egea, O. (2006). Hospital de día infanto-juvenil terapéutico, pedagógico y centro especial residencial para el trastorno mental grave. *Avances en Salud Mental Relacional / Advances in relational mental health Vol.5, (2)*. Revista Internacional On-line. Recuperado de:
http://www.fundacionomie.org/fileadmin/omie/contenidos/documentos_pdf/Salud_Mental_Relacional/872.pdf.
20. Ellis, A. (1972). Humanistic psychotherapy: A revolutionary approach. *Humanist*, 32 (1), págs. 24-28. Revisado y publicado como panfleto en: (1991) New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
21. Ellis, A. (1982). Psychoneurosis and anxiety problems. In R. Grieger & I.Z. Grieger (Eds.), *Cognition and emotional disturbance* (págs. 17-45). New York: Human Sciences.
22. Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11, págs. 121-146.
23. Ellis, A. (1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything – yes, anything!*. Secaucus, NJ: Lyle Stuart.

24. Ellis, A., & Grieger, R.M. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Co. ☒
25. Ellis, A., Dryden, E. (1997) *REBT: Theory and Practice*. New York. Carol Publishing.
26. Ellis, A. (1993). *Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)*. *Behavior Therapist*, 16, págs. 257-258.
27. Ellis, A. (1993). Fundamentals of rational-emotive therapy for the 1990s. In W. Dryden & L.K. Hill (Eds.) *Innovations in rational-emotive therapy (págs. 1-32)*. Newbury Park, CA: Sage.
28. Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy* (2nd ed.). New York: Springer.
29. Flores, T. y H. Porras (1996). *Condiciones sociofamiliares intervinientes en el proceso de adicción al crack en varones adolescentes*. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José. Universidad de Costa Rica.
30. Gardner, H. (1983) *Frames of Minds*. Boston MA.: Harvard Business School Press.
31. Gardner, H. (1983) *Inteligencias múltiples*. España. Paidós
32. Gunderson, J., Will, O., Loren, R., y Mosher, L. (1990). *Principles and Practice of Milieu Therapy*. New York. Jason Aronson, Inc.
33. HIPAA Privacy Rule and Public Health Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services*
34. Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I. et al. (2012). *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses*. *Cognitive Therapy Research* 36: 427. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
35. James. S. (2011). What Works in Group Care? – A Structured Review of Treatment Models for Group Homes and Residential Care. *Child Youth Services Review*; 33 (2) 308–321. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.09.014.
36. Jongsma, A., Peterson, M. y W. McInnis (2000). *The Adolescent Psychotherapy Treatment Planner* (second edition). New York. John Wiley & Sons, Inc.
37. Kilminster, S. y B. Jolly (2003).

38. *Effective supervision in clinical practice settings: a literature review*. Blackwell Science Ltd MEDICAL EDUCATION.
39. Krauskopf, D. (1995). *Adolescencia y Educación*. (1ª reimpresión de la 2ª edición corregida y aumentada). Costa Rica. EUNED.
40. Lizarraga, S. y M. Araya (2002). *The motivational interview* ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): págs. 43-53.
41. Martínez Olmo, F. (2002). *El Cuestionario. Un instrumento para la investigación de las ciencias sociales*. Laertes, Barcelona. ☐
42. Mulligan, A. (1974). *A Milieu therapy program for behaviorally disturbed children*. *Psychiatric Annals*; 4,(4); ProQuest Central, pág. 63.
43. Nickerson, B.; Brooks, J.; Colby, S.; Rickert, J. y F. Salamone (2006). *Family Involvement in Residential Treatment: Staff, Parent, and Adolescent Perspectives*. *Journal of Child and Family Studies*; 15, (6,) págs. 681–694 DOI: 10.1007/s10826-006-9041-1.
44. Norton, C.; Tucker, A.; Keith, C.; Bettmann J.; Gass, H.; Gillis L.; and E. Behren (2014). *Journal of Experiential Education*. Vol. 37(1) 46–59 © Recuperado de SAGE Publications Reprints and permissions: sagepub.com/journalsPermissions.nav DOI: 10.1177/1053825913518895 jee.sagepub.com.
45. Organización Mundial de la Salud (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Nota descriptiva N°345. Agosto de 2011, Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>.
46. Rosengrem, D. (2009). *Building motivational interviewing skills: a practitioner book*. The Guildford Press. New York.
47. Page, H.; Hooke, G. (2012). *Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Modified for Inpatients with Depression*. In *International Scholarly Research Notices for Psychiatry*.
48. Prochaska, J. y DiClemente, C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *In Advances in cancer control*. New York, NY. Alan R. Liss, Inc.
49. Prochaska, J. y DiClemente, C. (1992). *The transtheoretical approach*. En J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York. Brunner/Mazel, págs. 300-334.
50. Prochaska, J. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In M.A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change*. Washington, DC. American Psychological Association Press.

51. Redl, F. y D. Wineman (1952). *Controls from within: techniques for the treatment of the aggressive child*. Glencoe. Free Press.
52. Ross, A. (2008, 12 de octubre). *Enseñar para aprender*. La Nación. Com, recuperado de <http://www.nacion.com/proa/2008/octubre/12/proa1729569.html>.
53. Sava, F., Yates, B., Lupu, V., Szentagotai, A., y D. David (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavior therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65, págs. 36-52.
54. Szentagotai, A., David, D., Lupu, V. y D. Cosman (2008). *Rational Emotive Therapy, Cognitive Therapy and medication in the treatment of major depressive disorder: Theory of change analysis*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 4, págs. 523-538.
55. Valverde, O., et al. (2000). *Adolescencia. Protección y riesgo en Costa Rica: Múltiples Aristas, una tarea de todas y todas*. Costa Rica. PAIA. Caja Costarricense de Seguro Social.
56. Whisman, M., Miller, I., Norman, W., y G. Keitner (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: specific effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 tomado de <https://research.brown.edu/publications/1100924767.pdf>, págs. 282-288.

IX. Anexos

1

Consentimiento informado

Marcel Brenes

New Summit Academy.

Institutional Supervisor, M.Sc. Mario Durán Araya

Dear parents,

My name is Marcel Brenes, I'm a training therapist at NSA. Currently, I'm in the process of fulfilling the requisites to become a license therapist at The University of Costa Rica (UCR). As part of this accreditation process I'm require to present monthly updates of the therapeutic work that I have been doing with your sons and your families. The information that will be present in this reports will be: a gross profile of the student, treatment plan, the therapeutic objectives, brief summary of sessions and a evaluation of the outcome. After six months a synopsis of the process will be presented a the University of Costa Rica.

Your decision to have your child participate in this study is entirely voluntary. It is your choice whether to have your child participate or not. If you choose not to consent, all the services you and your child receive at NSA will continue and nothing will change. You may also choose to change your mind later and stop participating, even if you agreed earlier, and the services you and/or your child receives at NSA will continue. We will ask your child's permission before we begin the practicum, and they can stop at any point. Feel free to ask questions at any point. If you have any questions as a result of reading this information sheet, you should ask the practitioner, Marcel Brenes or his institutioal supervisor, Mario Durán.

If you agree to be part of this accreditation process, all of the information used will be managed confidentially and under pseudonyms, all of your personal information

will be protected and managed under HIPPA laws as well as under the Costa Rican parallel.

By signing below, you are agreeing that: (1) you have read and understood the Participant Information Sheet, (2) questions about your child's participation in this study have been answered satisfactorily, and (3) you are willing for your child to take part in this voluntary practicum voluntarily.

Caregiver's Name (Printed)*

Child's name (Print)*

Caregiver's signature*

Child's Date of Birth

Today's Date

Anexo 2

Fecha	Identificación del problema		
Metas			
Criterios Diagnosticos		Objetivos	
Intervenciones	Responsable	Fecha de intervencion	Resultado
Retroalimentacion del cliente.			

Anexo 3

Hojas de registro grupales.

Nombre del usuario	Participación en el grupo	Comportamientos disruptivos	Retroalimentación a otros miembros	Participación en dinámicas

Anexo 4

(i) K.F

Motivo de referencia

“KF” , es un joven de 16 años, oriundo de Nuevo México. Es el hijo adoptivo de “BF” y “JF”. “KF”, es referido a tratamiento residencial debido a problemas de control de impulsos, depresión severa y falta de apego a las reglas de la casa. Su padre reporta que el episodio inicial ocurrió hace aproximadamente un año, después del divorcio de su esposa. Le es particularmente preocupante la expresión de la ira y del estrés en “KF”, ya que se traducían frecuentemente en ataques violentos, durante los cuales destruía propiedad privada, huía de casa, o tenía altercados físicos con extraños . Sus padres reportan que, durante los 4 meses anteriores a su internamiento, “KF” entró en una etapa “más oscura” donde difícilmente salía de casa, o interactuaba con otras personas.

Relaciones familiares

“KF” es el mayor de cuatro hijos adoptados por “BF” y “JF”. Ambos son profesionales, con un grado universitario y considerablemente exitosos. “KF” posee dos hermanos biológicos, uno de 10 años y otro de 12 años, existe también otro hermano de 10 años, el cual fue el primer niño adoptado por la pareja, a la edad de 2 meses. Dos meses después de esta primera adopción, la agencia los notifica otra vez para darles a conocer la posibilidad de adoptar a otro niño de meses de nacido (el hermano menor de “KF”). La pareja accede a adoptar tanto al bebé de brazos como a su hermano inmediatamente mayor, de 2 años, en el momento. “KF” es el último en ser adoptado, seis años después, a la edad de 8 años. La pareja actual de “BF” tiene dos hijas, quienes tienen 12 y 17 años.

Durante el proceso de divorcio, “BF” notifica a su ex esposa y a sus hijos que es homosexual y que ha decidido mudarse con su nueva pareja a una residencia común. Esta noticia afecta considerablemente a “KF” quien menciona que por un tiempo le cuesta confiar en su padre y mantenerle el mismo nivel de respeto, razón por la cual continúa viviendo con su madre adoptiva. Antes del divorcio, la relación entre padre e hijo era muy positiva y cercana, no se puede decir lo mismo de la relación madre e hijo. “KF” menciona que le es difícil sentirse cercano a su madre adoptiva y que, a pesar de que le gustaría mantener una buena relación, hacía lo posible por mantenerse alejado de ella. Sobre sus hermanos dice que “haría lo que fuese por ellos”, sus padres adoptivos mencionan que antes de ser adoptados, “KF” era el cuidador principal de sus hermanos. Con la pareja actual de su padre, ha logrado entablar una relación de amistad y empatía. Respecto a su madre biológica, “KF” dice sentir “lástima” y no tener deseos de saber sobre ella.

Historia del desarrollo

Se sabe poco sobre la historia de desarrollo de “KF” debido a su adopción. La información que se maneja fue adquirida basada en el recuento de “KF”. Menciona que durante sus primeros años de vida, vivió en una condición de indigencia, sin una residencia fija y con una madre con problemas de abuso de sustancias. “KF” niega haber sido víctima de abuso físico o sexual; sin embargo, recuerda ver a su madre siendo abusada y consumiendo drogas. Sus pares adoptivos mencionan que cuando reciben a “KF” en su casa, era un niño grande para su edad, poco expresivo y temeroso. “KF” fue el que llamó a la agencia de protección de infantes para “ponerse a sí mismo” en adopción.

Historia medica significativa

No hay reportes de ninguna enfermedad seria o tratamientos médicos que fuesen relevantes.

Desarrollo social y relación con grupo de pares.

“KF” menciona que posee un círculo de 6 amigos cercanos en los cuales confía plenamente y con los cuales se siente acompañado y protegido. Su padre señala que desde el momento en que lo conoció, “KF” ha sido un joven, cariñoso y compasivo, con una tendencia cuidar a los demás y relegarse a sí mismo a un segundo plano. Durante los 4 meses previos a su internamiento residencial, “KF” mostró una tendencia a aislarse y alejar a los demás, al punto de no salir de su cuarto durante 3 semanas.

Historial familiar de enfermedad mental

Dado a que KF fue adoptado, se posee poca información sobre el historial familiar, los padres mencionan que sospechan existe un historial de alcoholismo, abuso de sustancias, depresión y ansiedad, del lado materno de “KF”.

Historial educativo

“KF” cursa el 10 año. Históricamente, ha mantenido buenas notas en sus clases; sin embargo, antes de ser remitido a tratamiento residencial, sus notas comenzaron a caer. El detonante de esta evitación académica fue cuando su padre asume su homosexualidad, “KF” se sintió avergonzado de él y sin ganas de enfrenar a sus compañeros de clase, dejó así de ir al colegio.

Menciona que, en cierto punto del año pasado, le era difícil concentrarse en clase ya que se preocupaba mucho por la situación familiar, así como por el futuro de sus hermanos. Antes de ser adoptado, “KF” fue a 8 escuelas diferentes, durante su etapa de colegio asistió a un centro privado donde tuvo éxito académico y atlético.

Los padres mencionan que leyó a una edad adecuada, a un ritmo un poco más lento que el resto de su clase, dicen también que requiere de tiempo extendido para tomar pruebas.

Historial de abuso de sustancias

“KF” niega haber consumido alcohol o drogas, de hecho manifiesta una fuerte aversión hacia ambas.

Funcionamiento intelectual

De acuerdo a una evaluación realizada por una especialista en psicometría que administro el test WAIS IV, “KF” posee un IQ general de 98 % lo que lo colocaría en la escala promedio. Es importante recalcar que “KF” posee varios puntajes de “promedio bajo” en el área de comprensión verbal y memoria de trabajo.

Resultados Test WAIS IV de KF

Categoría	Resultado Estándar	Percentil	Clasificación
Comprensión Verbal	86	18	Promedio Bajo
Racionamiento espacial	102	55	Promedio
Memoria de Trabajo	82	12	Promedio Bajo
Velocidad de procesamiento	95	37	Promedio
Escala General de CI	106	66	Promedio

Escalas de Beck

En la administración inicial de la Escala de Depresión de Beck, “KF” puntuó en el rango de 55-59, el cual corresponde a “Arriba del promedio”. En la Escala de Ansiedad de Beck, puntuó en el rango menor de 55, entrando en la categoría "Promedio”.

En la escala de Ira de Beck, punto en el rango de 60-69, el rango “Moderadamente Elevado”. En la Escala de Comportamiento Disruptivo punto en la escala de “Promedio”. En la Escala de Autoconcepto, puntuó en el rango entre 40-44, siendo este equivalente a un “Menor al promedio”.

(ii) NM

Motivo de referencia

“NM” es referido a tratamiento residencial debido a un historial de abuso de drogas, dificultad para regular su ánimo, particularmente su habilidad para lidiar con la depresión y ansiedad. Sus padres reportan que, históricamente, le ha sido difícil respetar figuras de autoridad. Mientras estaba en casa, se encontraba mayoritariamente enojado o aislado en su cuarto consumiendo drogas. Durante los últimos meses, su rendimiento académico empeoró de manera significativa, viéndose envuelto en conflictos con amigos, profesores y padres. “NM”, reporta que había perdido las ganas de vivir y de mejorar su vida.

Relaciones familiares

“NM” es el único hijo de “SM” y “PA”, su padre es fotógrafo y su madre decoradora de interiores. La pareja se divorcia cuando “NM” tiene 10 años de edad, su madre, “PA”, se casa de nuevo con un inversionista de bolsa. “NM” alternaba residencias. Sobre la relación con su madre, “NM” reporta que era bastante conflictiva, discutían, básicamente todos los días, interacciones que podían tornarse violentas. Los motivos de las discusiones era por el irrespeto a las reglas y el uso de drogas de “NM”. “NM” reporta que ama a su madre y que le causaba culpa y arrepentimiento tratarla como le trataba.

Respecto al marido de “PA”, “NM” mantenía una relación superficial y de respeto, este funcionaba como mediador entre los conflictos de “NM” y su madre. “NM” reporta que confía plenamente en su padre, considera que siempre podían hablar

abiertamente y que tenía pocos conflictos. “PA” reporta que “SM” raramente participaba en la disciplina de “NM”. Las diferencias entre los padres surgían frecuentemente sobre cuánta libertad se le debía brindar y la manera “adecuada” de aplicar consecuencias ante violaciones a las reglas.

Historia del desarrollo

“PA”, menciona que el nacimiento de “NM” tuvo que ser inducido dos semanas antes, dado que sufrió de una “rara forma de preclampsia”. Los padres reportan que siendo niño, “NM” tenía un vocabulario amplio en comparación con otros niños de su edad, menciona que también mostraba comportamientos obsesivos y repetitivos. “NM” tuvo problemas con el desarrollo de las habilidades motoras y con el lenguaje recíproco.

Historia médica significativa

Padres y “NM” reportan que se ha quebrado las dos piernas de manera simultánea, en dos ocasiones. La primera, siendo un niño de 5 años y, la segunda, a la edad de 12, andando en bicicleta. “NM” menciona que ambos fueron episodios frustrantes y difíciles de superar. Ni él ni sus padres reportan ningún otro dato relevante.

Desarrollo social y relación con el grupo de pares.

“NM” reporta que, en el pasado, ha sido víctima de rechazo social y “bullying”, usualmente en la forma de chisme o siendo negada su inclusión en los grupos. Él y sus padres mencionan que, durante la secundaria, “NM” ha logrado establecer y mantener relaciones cercanas con varios jóvenes. Sus padres expresan preocupación, ya que la actividad y el interés común era el uso de drogas. “NM” expresa que en este grupo encontró una cultura de pares más abierta y dispuesta a aceptarle con sus diferencias. Dice también que mantenía a sus amigos alejados de sus padres. “PA”, dice que “NM” fue un niño “difícil”: invertía la mayoría del tiempo jugando solo, le costaba participar en

actividades grupales, compartir o esperar su turno, respecto a las amistades actuales las etiqueta como “drogadictos”.

Historial familiar de antecedentes psiquiátricos.

Ambos padres reportan que hay antecedentes de depresión y abuso de sustancias en ambos lados de la familia.

Historial Educativo

“NM” cursa actualmente el undécimo año y ha mantenido notas arriba de 85 en la mayoría de sus cursos. Expresa que nunca se ha preocupado mucho por su rendimiento académico, ya que “siempre he pasado”. A la edad de 12 años, “NM” fue diagnosticado con NLD (Non Verbal Learning disorder) por sus sigas en inglés, siendo ubicado en una clase con otros jóvenes con “necesidades especiales”. Previo a esta adecuación, su rendimiento académico fue promedio; la mayoría de problemas en ambientes académicos han sido debidos a problemas de conducta, irrespeto a las reglas y dificultad para lidiar con figuras de autoridad.

Historial de abuso de sustancias

“NM” reporta que, a partir de sétimo año comenzó a tomar alcohol y usar drogas. Se describe como un “bebedor social” y agrega: “no me gusta emborracharme ya que actúo como un idiota”. “NM” consume marihuana por primer vez para simpatizarle a sus amigos. Reporta que, después de este primer uso, el consumo escaló considerablemente pasando a consumir todos los días de la semana. Menciona que ha experimentado con Xanax, cocaína, anfetaminas, LSD y hongos alucinógenos. Menciona que la cocaína se estaba volviendo un problema.

Funcionamiento intelectual

De acuerdo con una evaluación realizada por una especialista en psicometría que administró el test WAIS IV, “KF” posee un IQ general de 92 % lo que lo colocaría en la escala promedio. Es importante recalcar que “NM” posee varios puntajes de “promedio bajo” en el área de razonamiento espacial y velocidad de procesamiento.

Resultados Test WAIS IV de NM

Categoría	Resultado Estándar	Percentil	Clasificación
Comprensión verbal	112	79	Promedio Alto
Racionamiento espacial	86	18	Promedio Bajo
Memoria de trabajo	104	61	Promedio
Velocidad de procesamiento	68	2	Extremadamente bajo
Escala General de CI	92	30	Promedio

Escalas de Beck

En la administración inicial de la Escala de Depresión de Beck, “NM” puntuó en el rango superior a 70, el cual corresponde a “Extremadamente elevado”. En la Escala de Ansiedad de Beck, puntuó en el rango superior a 70, entrando en la categoría de “Extremadamente elevado”. En la Escala de Ira de Beck, puntuó en el rango de 60-69 el rango “Moderadamente Elevado”. En la Escala de Comportamiento Disruptivo puntuó en la escala menor a 55 entrando en la categoría “Promedio”. En la Escala de Auto Concepto, puntuó en el rango menor a 40, siendo este equivalente a un Auto concepto "mucho menor al promedio"

(iii) WP

Motivo de referencia.

“WP” es un adolescente de 17 años remitido a tratamiento residencial debido a un historia de depresión severa, dos intentos de suicidio, evitación de responsabilidades académicas, dificultad para lidiar con las demandas de la vida cotidiana y un comportamiento obsesivo con los juegos de video. Antes de ser referido a ANC, “WP” dejó de asistir al colegio, e invertía un promedio de 12 horas diarias frente a una consola. WP fue ingresado a una unidad psiquiátrica en julio de 2015, después de intentar suicidarse, parte de las recomendaciones del equipo profesional que lo atendió en el momento fue remitirlo a un centro de tratamiento residencial.

Relaciones familiares

“WP” es el segundo de tres hijos del matrimonio de “TP” y “EP”, ambos profesionales. “EP”, el padre, es banquero, “TP” es profesora de estadística en una reconocida universidad, ella es parte de la segunda generación de chinos nacidos en Estados Unidos. “WP” menciona que su madre ha sido la “cuidadora principal” y su padre un “gran proveedor”, menciona también que ve a su padre como una figura más gentil y compasiva ya que su madre puede ser “brusca, demandante e imposible de complacer”. Con el paso de los años la interacción entre los miembros de la familia se ha vuelto más esporádica, tendiendo a estar orientada a la satisfacción de necesidades. Tanto “WP” como sus pares dicen sentirse desconectados el uno del otro, menciona “WP” que el ambiente en casa ha sido tenso, pero sin conflictos explícitos. Con respecto a la relación con sus hermanas, dice sentirse cercano e identificado con ellas, ya que han sido “criados por las mismas personas” , con su hermana mayor de 19 años dice tener una relación “funcional”, respecto a su hermana menor, dice sentirse responsable y como su protector. Los padres mencionan que “WP” ha sido el “defensor, vocero y apoyo académico” de la niña.

Historial del desarrollo

Los padres reportan que “WP” fue un niño “fácil” de cuidar, mencionan que no hubo ninguna complicación durante el embarazo y que alcanzó todos los indicadores de desarrollo infantil en los momentos adecuados. Poseía un vocabulario avanzado para su edad y aprendió matemáticas simples a la edad de 3 años.

Historia médica significativa

No hay reportes de ninguna enfermedad seria o tratamientos médicos que fuesen relevantes.

Desarrollo social y relación con grupo de pares

Siendo niño “WP”, demostró una tolerancia adecuada a la separación de su madre, mencionan sus padres que era curioso con otros niños y se integraba de manera adecuada a actividades grupales. “WP” menciona que “nunca” ha sido popular ni que ha sido víctima de hostigamiento escolar por sus compañeros de clase. Dice que siempre ha preferido mantenerse en la periferia de las actividades sociales. Sus padres confirman que desde que entró al colegio, “WP” no ha llevado amigos a la casa ni ha hablado de ellos. “WP” menciona que la mayoría de sus amistades eran en línea, principalmente compañeros virtuales de juegos. Lo describen como un joven taciturno y ensimismado

Historial familiar de enfermedad mental

Los padres mencionan que existe un historial de alcoholismo, depresión, y esquizofrenia.

Historial educativo

Durante sus años de escuela, “WP” fue un estudiante ejemplar, miembro del cuadro de honor. Demostró y cultivó un interés por el ajedrez y obtuvo el grado de “Maestro” a la edad de 9 años, sus profesores nunca se preocuparon por su capacidad intelectual ni su éxito académico. Al ingresar a la secundaria, “WP” cambia de centro educativo, es ahí donde inicia sus problemas escolares. Sus padres reportan que se quejaba con frecuencia de sus compañeros de clase y de sus profesores, poco a poco evita de manera incremental las labores académicas y muestra dificultad para iniciar y finalizar tareas. “WP” menciona sentirse abrumado por las responsabilidades académicas y presionado de sobre manera por sus padres para lograr el éxito académico. En 9 año, WP toma la decisión de “dejar de intentarlo” y se rehúsa por completo a ir al colegio, un mes después es internado en una unidad psiquiátrica por un intento de suicidio.

Historial de abuso de sustancias

“WP” niega cualquier tipo de historial de abuso de sustancias , sus padres ratifican su versión.

Funcionamiento intelectual

De acuerdo con una evaluación realizada por una especialista en psicometría que administró el test WAIS IV, “WP” posee un IQ general de 92 % lo que lo colocaría en la escala promedio. Es importante recalcar que “NM” posee varios puntajes de “promedio bajo” en el área de razonamiento espacial y velocidad de procesamiento.

. Resultados Test WAIS IV de WP

Categoría	Resultado Estándar	Percentil	Clasificación
Comprensión Verbal	105	63	Promedio
Razonamiento	125	95	Superior

espacial			
Memoria de Trabajo	108	70	Promedio
Velocidad de procesamiento	89	23	Extremadamente bajo
Escala General de CI	119	90	Promedio Alto

Escalas de Beck

En la administración inicial de la Escala de Depresión de Beck, “WP” puntuó en el rango de 55-59 el cual corresponde a “Arriba del promedio”. En la Escala de Ansiedad de Beck puntuó en el rango de 60-69, entrando en el rango “Moderadamente elevado”.

En la Escala de Ira de Beck, puntuó en el rango menor a 55 es decir, "Promedio”.

En la Escala de Comportamiento Disruptivo, puntuó en el rango "Promedio"

En la Escala de Autoconcepto, puntuó en el rango entre 45-55, siendo este equivalente a un autoconcepto "Promedio”.

(iv) “ES”

Motivo de referencia

“ES” es referido a tratamiento residencial por orden de un juez después de haber sido arrestado por posesión de drogas e intento de robo de vehículo. Sus padres mencionan que “ES” ha dejado de respetar su autoridad, y viven en temor de sus actos. “ES” menciona que antes del arresto, consumía drogas con frecuencia, y distribuía varios narcóticos. Menciona que se sentía deprimido, tenía dificultad para controlar la ira y se sentía sumamente ansioso.

Relaciones familiares

“ES” es un joven de 15 años y es el segundo hijo de tres, tiene una hermana menor, “C” de 12 y otra mayor, “A”, de 17 años respectivamente. “ES” menciona que se lleva bien con sus hermanas y que les tiene aprecio. Su padre, “HS”, es el administrador de un muelle, menciona que su relación con “ES” ha sido superficial durante los últimos años y que le ha sido difícil “conectar” con su hijo, “ES” menciona que le es difícil comunicarse de manera eficiente con su padre y que la interacción más común es discutir sobre el uso de drogas y los problemas en la escuela. Dice no sentirse cercano a él y constantemente juzgado. La madre de “ES”, “PS”, es ama de casa y ha sido la principal encargada de la crianza de los hijos. Sobre su relación con “ES” menciona que, históricamente, ha sido difícil, y que desde una temprana edad comenzó a cuestionar su autoridad. Durante los últimos dos años, las interacciones han sido mayoritariamente “batallas por el poder”, obtención de privilegios y libertad. “ES” reporta que solía fumar marihuana con su hermana mayor, dinámica que les acercaba el uno al otro, seis meses antes de su internamiento su hermana fue enviada a Suecia. Con respecto a su hermana menor, dice que le gustaría desarrollar una relación más cercana.

Historia del desarrollo

Los padres reportan que el desarrollo de “ES” fue normal y alcanzó todos los hitos del desarrollo en los momentos esperados.

Historia médica significativa

“ES” menciona que no ha tenido ninguna dificultad médica significativa, sus padres lo corroboran.

Desarrollo social y relación con grupo de pares

“ES” menciona que tiene muchos “amigos” y que no le es difícil entablar relaciones. Tiene 3 amigos cercanos, a los cuales conoce desde los 7 años, cree que ellos son un buen apoyo y que ha llevado una vida social agradable. “ES” dice que ha tenido

una amistad con una persona particularmente nociva, a quien describe como un “psicópata”. Dice que este individuo carecía de compasión, empatía y respeto hacia valores morales o leyes. Con esta persona se ha visto envuelto en infracciones a la ley, pleitos, y otro tipo de conductas de riesgo. Menciona que es heterosexual y que ha tenido una relación emocional significativa con una mujer; después de terminada la relación ha tenido problemas abriéndose emocionalmente con otras personas. Relata que la actividad más común con sus amigos era consumir drogas y pelear contra un grupo de jóvenes rival. Niega que se comportaran como una pandilla.

Los padres dicen que siendo niño “ES” era feliz y sociable, cuentan que una vez fueron llamados del kínder, ya que “ES” abrazaba “mucho” a sus compañeros. Respecto a sus relaciones actuales no poseen mucho conocimiento, dicen que a su parecer, “ES” se ha ido aislando desde que tiene 14 años y que mantiene relaciones de amor u odio.

Historial familiar de enfermedad mental

Los padres mencionan que no ha existido un historial psiquiátrico en la familia.

Historial educativo

“ES” cursa el 10 año, e históricamente le ha ido “bien” en ambientes académicos. Su promedio de notas, antes de internamiento, era de 90. Dice que una vez que empezó a fumar marihuana el rendimiento académico pasó a un segundo plano. Dice también que su habilidad para concentrarse se vio afectada así como la habilidad para iniciar y finalizar tareas. Durante su etapa escolar, tuvo un rendimiento académico alto, sus padres reportan que los problemas de rendimiento académico coinciden con el inicio del consumo de drogas.

Historial de abuso de sustancias

“ES” reporta que ha usado, marihuana, hongos alucinógenos, LSD, Xanax, DMT, Adderall, Ritalina, alcohol y cocaína. Menciona que la primer vez que uso drogas fue en

el año 2012, y que desde el 2013 consume marihuana y medicamentos contra el déficit atencional de manera diaria. “ES” menciona que de todas las sustancias que consume el Xanax y la cocaína han sido las más problemáticas. Reporta que inició consumiendo con amigos en fiestas y que paulatinamente pasó a consumir solo.

Funcionamiento intelectual

Resultados Test WAIS IV de ES

Categoría	Resultado Estándar	Percentil	Clasificación
Comprensión verbal	116	86	Promedio Alto
Racionamiento espacial	108	70	Promedio
Memoria de trabajo	97	42	Promedio
Velocidad de procesamiento	83	13	Promedio bajo
Escala General de CI	105	63	Promedio

De acuerdo a una evaluación realizada por una especialista en psicometría que Administro el test WAIS IV ES posee un IQ general de 105 lo que lo colocaría en la escala promedio.

Escalas de Beck

En la administración inicial de la Escala de Depresión de Beck, “ES” puntuó en el rango de 60-69, el cual corresponde a "Moderadamente Elevado". En la Escala de Ansiedad de Beck puntuó en el rango menor de 55, entrando en la categoría "Promedio". En la Escala de Ira de Beck, punto en el rango de 60-69 el rango “Moderadamente Elevado”. En la Escala de Comportamiento Disruptivo punto en la escala de

“Extremadamente Elevado”. En la Escala de Autoconcepto, puntuó en el rango entre 45-55, lo cual es equivalente a un autoconcepto "Promedio”.

Functional Assessment: ABC's

Antecedents (What happened before?)	Behaviors (What did you do?)	Short-Term Consequences (What was the result 1 second and 1 hour following behavior?)	Long-Term Consequences (What were the lasting results?)

