

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO-
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL
(FOBIA SOCIAL)**

DUNIA JUDITH LORA CLAVIJO



**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018**

Intervención psicológica desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de ansiedad social (fobia social)

Proyecto presentado por:

DUNIA JUDITH LORA CLAVIJO

Para optar al título de Especialista en Psicología Clínica

Director del proyecto:

ABDÓN RIBERO ARDILA

Mg. Terapias Psicológicas de Tercera Generación



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
Bucaramanga, 2018

Dedicatoria

*A mi madre María Eugenia por ser mi mayor motivación y apoyo en la realización de este
proyecto académico.*

*A mi hermano Fabio Duván por ser mi ejemplo de lucha y superación tanto personal como
profesional.*

A mis tías Edith y Roxana por ofrecerme su colaboración y constante compañía.

*A mi tío Orlando por brindarme fuerza espiritual para salir adelante en todos mis proyectos de
vida.*

Agradecimiento

Agradezco a la Divina Providencia por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Agradezco a la Universidad Pontificia Bolivariana por haberme abierto sus puertas para la realización de este proyecto académico y a los profesores que con esfuerzo, dedicación, respeto y cariño compartieron sus conocimientos y consejos preparándome para un mejor futuro.

Agradezco a mi asesor el Mg Abdón Ribero Ardila por brindarme su orientación y ayuda, por darme siempre ánimos y facilitarme el material necesario para la realización de esta monografía.

Tabla de Contenido

Dedicatoria.....	III
Agradecimiento.....	IV
Tabla de Contenido.....	V
Lista de Tablas.....	VI
Lista de Figuras.....	VI
Lista de Anexos.....	VII
RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO.....	VIII
GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE.....	IX
Introducción	1
Referente Conceptual.....	4
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Método	14
Participantes	14
Instrumentos de Exploración.....	14
Instrumentos de Evaluación	16
Procedimiento.....	18
Fase de Intervención	22
Resultados	35
Discusión.....	45
Conclusiones	49
Recomendaciones	51
Referencias.....	53
Anexos	58

Lista de Tablas

Tabla 1. Descripción familiar	23
-------------------------------------	----

Lista de Figuras

Figura 1. Familiograma.....	22
Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2.....	40
Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Cuestionario de Depresión para Niños.....	42

Lista de Anexos

Anexo A. Recepción de Casos.....	58
Anexo B. Consentimiento Informado.....	60
Anexo C. Formato de Historia Clínica para Menores de Edad.....	62
Anexo D. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) - Pretest	70
Anexo E. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) - Postest	73
Anexo F. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) - Pretest.....	76
Anexo G. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) - Postest.....	77
Anexo H. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión	78
Anexo I. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión	98
Anexo J. Evidencias del Proceso Terapéutico	99

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL).

AUTOR(ES): Dunia Judith Lora Clavijo

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Abdón Ribero Ardila

RESUMEN

El presente trabajo monográfico contiene el proceso terapéutico desarrollado a una niña de 12 años de edad, atendida en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Piedecuesta, la cual ingresa remitida por una institución educativa de la misma ciudad, solicitando asesoría psicológica, debido a que la asistencia al colegio ha estado causando en ella desaliento, llanto, náuseas y dolor de cabeza; razón por la cual la madre retiró a la niña del colegio en dos ocasiones. El proceso terapéutico siguió un modelo cognitivo-conductual que incluyó una etapa de evaluación y diagnóstico pre y post a través de entrevistas, aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2, Cuestionario de Depresión para Niños y un análisis funcional. Seguido de la identificación de las principales problemáticas y definir los objetivos terapéuticos, se pasó a la etapa de intervención basada en la Terapia Cognitiva de Beck, reestructuración cognitiva, psicoeducación, relajación muscular progresiva de Jacobson, exposición en imaginación y en vivo y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron que la niña consiguió controlar la ansiedad, aprendió una nueva estrategia para afrontar las situaciones aversivas, adquirió habilidades para interactuar con otras personas diferentes a su familia y disminuyó su estado de ánimo depresivo.

PALABRAS CLAVE:

Cognitivo-conductual, entrenamiento en habilidades sociales, estado de ánimo depresivo.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION FROM THE CONDUCTUAL COGNITIVE MODEL IN ONE CASE OF SOCIAL ANXIETY DISORDER (SOCIAL PHOBIA).

AUTHOR(S): Dunia Judith Lora Clavijo

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Abdón Ribero Ardila

ABSTRACT

This monographic work contains the therapeutic process developed for a 12-year-old girl, attended at the IPS of the Pontificia Bolivariana University in the city of Piedecuesta, which is sent by an educational institution of the same city, requesting psychological counseling, because school attendance has been causing discouragement, crying, nausea and headache; which is why the mother removed the girl from school twice. The therapeutic process followed a cognitive-behavioral model that included a stage of evaluation and pre and post diagnosis through interviews, application of the Manifest Anxiety Scale in Children Revised 2, Children's Depression Scale and a functional analysis. Followed by the identification of the main problems and define the therapeutic objectives, we went to the intervention stage based on Beck Cognitive Therapy, cognitive restructuring, psychoeducation, Jacobson progressive muscle relaxation, imagination and live exposure and skills training social. The results showed that the girl managed to control anxiety, learned a new strategy to deal with aversive situations, acquired skills to interact with other people different from her family and decreased her depressed mood.

KEYWORDS:

Cognitive-behavioral, training in social skills, depressed mood.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

La ansiedad es una emoción que en muchas circunstancias resulta adaptativa para los individuos, debido a que les permite estar alerta, sensibles a su ambiente y aportando un nivel óptimo de motivación para afrontar los diferentes contextos que se puedan presentar. En situaciones de peligro objetivo, al incrementar la ansiedad puede proporcionar un mejor afrontamiento del evento y en consecuencia una mejor adaptación del individuo a su entorno. El problema surge cuando frecuentemente se generan niveles excesivos de ansiedad, durante periodos prolongados de tiempo y sin que exista un peligro real u objetivo, es decir, “falsas alarmas” (Belloch, et. al, 2009).

La ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada, tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos interoceptivos o internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes que son percibidos por el individuo como peligrosos y amenazantes (Acevedo, 2014).

Cuando la ansiedad es desadaptativa y se convierte en una fuente de malestar, las personas que padecen este tipo de trastornos se encuentran incapacitadas por sentimientos intensos y crónicos como palpitaciones, sudoración, temblores, sensaciones de ahogo, opresión, miedo a perder el control, inestabilidad o desmayo, entre otros sentimientos tan fuertes que los hacen incapaces de funcionar en su vida diaria; su ansiedad es tan desagradable que se les dificulta

disfrutar de muchas situaciones comunes, pero además de esas desagradables sensaciones ellos evitan los eventos que los hacen sentir ansiosos (Halguin, et. al, 2009).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013) existen diversos tipos de ansiedad, tales como trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado. El presente estudio de caso único, describe el proceso terapéutico realizado a la niña I.R.G. de 12 años de edad, en el Centro de Proyección Social (CPS), Institución Prestadora de Salud (IPS) de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga. La madre de la niña solicita el servicio de psicología por remisión del rector de una institución educativa de Piedecuesta, con el propósito que su hija reciba asesoría psicológica, debido a que la asistencia al colegio ha estado causando en ella desaliento, llanto, náuseas y dolor de cabeza, razón por la cual la madre la retiró del colegio en dos ocasiones. La problemática descrita anteriormente se encuentra asociada al trastorno de ansiedad social (fobia social) y comorbilidad con trastorno depresivo mayor de gravedad leve, dado que la niña también manifiesta estado de ánimo bajo, poco interés por las actividades que realiza, dificultad para dormir, baja capacidad para pensar o concentrarse en algo y deseo de morir.

Ante este caso, se da inicio a un proceso terapéutico dentro del marco de las prácticas académicas para aspirar al título de Especialista en Psicología Clínica; trabajo que duró cinco meses, siendo supervisado por un profesional y regido bajo los parámetros de la IPS y la coordinación del programa. La intervención psicológica se llevó a cabo siguiendo el modelo

cognitivo-conductual, basado en los procesos de evaluación y diagnóstico donde se tuvo en cuenta el desarrollo de una entrevista clínica, historia clínica, pruebas psicométricas estandarizadas y la elaboración de un análisis funcional.

Posteriormente, se formularon los objetivos terapéuticos y con base en estos se diseñó un plan de tratamiento que incluía diversas técnicas tales como reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva de Jacobson, técnica de exposición (imaginación y en vivo) y entrenamiento en habilidades sociales. Entre los objetivos terapéuticos que se establecieron se encuentran la disminución de las reacciones aversivas y el malestar emocional causado por ideas irracionales, lograr que la niña asista al colegio de nuevo para que continúe con su proceso académico, que interactúe con otras personas y disminuya los niveles de ansiedad. Los resultados demostraron que la reestructuración de creencias disfuncionales, el aprendizaje de técnicas como la relajación muscular, estrategias para afrontar los temores y el manejo de habilidades sociales, llegaron a ser efectivos con relación al logro de las metas propuestas desde el inicio del proceso de intervención.

A través de la elaboración de este trabajo, por una parte se accedió a la atención de un caso clínico el cual ayudó a optimizar la calidad de vida de la niña, por otra, permitió el estudio y tratamiento de las problemáticas asociadas al Trastorno de Ansiedad Social (TAS) de manera que representa un aporte más de conocimiento al área de la Psicología Clínica desde el enfoque cognitivo-conductual y por último, la adquisición de habilidades en la formación del psicólogo clínico.

Referente Conceptual

La interacción social parece ser una característica constitutiva de los seres humanos. Basta con observar cómo la mayor parte del tiempo y de las actividades que realiza un individuo cotidianamente implica tener algún tipo de contacto con otras personas. Cuando un individuo consigue relacionarse con los demás de forma adecuada y eficaz, puede llegar a satisfacer desde sus necesidades afectivas y emocionales (p. ej., amistad, amor, compañía, etc) hasta aquellas vinculadas con la posibilidad de alcanzar sus metas educativas y profesionales. Sin embargo, la interacción o la actuación social no siempre resultan reforzantes o placenteras para todas las personas, especialmente cuando se trata de desconocidos, personas con autoridad o individuos del sexo opuesto. Algunas (e incluso muchas) de las situaciones sociales pueden llegar a ser aversivas y amenazantes, experimentándose niveles de temor tan elevados que las personas las llegan a tolerar con todo el malestar que conllevan y, en cuanto les es posible, prefieren escapar de ellas o evitarlas (nuevamente, si es posible). Cuando estos niveles de malestar y/o de evitación son clínicamente significativos o interfieren con el funcionamiento del individuo en su vida diaria, constituyen un problema psicológico, conocido como “trastorno de ansiedad social” o “fobia social” (Salazar Torres, 2013).

El trastorno de ansiedad social se caracteriza por un miedo persistente y acusado ante una amplia variedad de situaciones sociales, en las que la persona puede ser evaluada negativamente por otras (García-López, et. al, 2008; Olivares-Olivares, et. al, 2016), lo que la conduce a realizar conductas de evitación de dichas situaciones o a soportarlas con un sentimiento de tensión física o emocional (Bobes, et. al, 2003). Dentro de la gama de situaciones sociales en las que una persona puede llegar a sentir temor se encuentran los debates en clase, asistir a fiestas (p.ej. de cumpleaños), ir a cafeterías o a discotecas, participar en actividades o equipos deportivos, hablar

ante figuras de autoridad (p.ej. profesores) o asistir a encuentros sociales informales. La exposición a estas situaciones con frecuencia genera respuestas psicofisiológicas de ansiedad, como una baja estimación de sí misma, miedo a las críticas (Guerrero Rodríguez, 2016), sentir un nudo en la garganta, ruborizarse, sentir palpitaciones, sensación de desmayo, temblores, dolores de estómago, de cabeza y en ocasiones ataques de pánico. Otras manifestaciones frecuentes particularmente en los niños, por su etapa evolutiva, son el llanto, el tartamudeo o la parálisis (García-López, et. al, 2008).

De igual manera, los individuos con trastorno de ansiedad social suelen caracterizarse por ser extremadamente tímidos en los contactos interpersonales, aunque hay que precisar que no todas las personas tímidas presentan ni desarrollan un trastorno de ansiedad social y, en este caso, la timidez se considera una característica del temperamento (inhibido) que se hace evidente en las situaciones sociales. En cualquier caso, quienes si padecen un trastorno de ansiedad social, dejan ver desde el primer contacto que hablan poco, bajan la mirada, tienen algunas señales físicas de incomodidad, prefieren pasar desapercibidos y en un grupo pueden ser poco activos y mostrar incluso un retraimiento social, especialmente en los contextos poco familiares, todo lo cual contrasta con su deseo por estar con otras personas (Salazar Torres, 2013).

Hace algunos años, la ansiedad social se consideró como un trastorno al cual se le dio escasa atención y que durante varios años no se ha comprendido ni investigado esta perturbación. Hasta que fue publicado el DSM III en 1980, la ansiedad social, descrita clínicamente con anterioridad a esta fecha, no fue reconocida oficialmente como entidad de diagnóstico. No obstante, actualmente, esta situación ha cambiado significativamente produciéndose un mayor interés en la investigación y tratamiento de este trastorno (Caballo, 2002).

Son varias las razones por las cuales ha transcurrido un considerable tiempo antes de reconocer a la ansiedad social como un importante problema de salud, entre estas la información inadecuada sobre la falta de tratamiento para este malestar, la frecuente comorbilidad con otros trastornos (logrando que se considere a la ansiedad social como una condición secundaria), la escasa atención prestada hacia este trastorno por la clase médica hasta hace pocos años y las estrategias de afrontamiento de los individuos con ansiedad social que a menudo adaptan su estilo de vida al trastorno (Caballo, 2002).

El trastorno de ansiedad social con frecuencia se inicia en la adolescencia, específicamente entre los 12 y los 17 años aunque se ha informado que niños de tan sólo ocho años ya cumplen con los criterios diagnósticos propios de este trastorno (García-López, et. al, 2008). El inicio en la edad adulta es raro, podría surgir después de una situación humillante o cambios que requieran nuevos roles sociales (matrimonio, ascenso en trabajo, etc) (Muñoz Murillo, et. al, 2016). Con respecto al origen de este trastorno, los factores que influyen son de vulnerabilidad biológica y psicológica, siendo esta última facilitada, por ejemplo, por padres hipercontroladores y poco afectuosos y por experiencias negativas en situaciones sociales. El mantenimiento del trastorno de ansiedad social puede ser explicado por la interrelación de diversos factores: creencias y sesgos cognitivos, atención centrada en sí mismo, reacciones somáticas, conductas defensivas y de evitación, reacciones de los demás, déficit de habilidades sociales y humor deprimido (Ortega, et. al, 2012).

Si bien es cierto que el trastorno de ansiedad social tiene un inicio temprano, éste presenta un curso crónico si no es tratado. Aun cuando la magnitud de la angustia y el deterioro social es considerable, la mitad de los individuos nunca buscan tratamiento hasta después de 15 a 20 años de padecer los síntomas (Muñoz Murillo, et. al, 2016). Cuando se trata de edades tempranas, los

padres y profesores lo interpretan como timidez, por lo que no solamente les es difícil reconocer el sufrimiento de sus hijos, sino que suelen solicitar ayuda profesional tardíamente, una vez que el problema ha empeorado (Gil-Bernal, et. al, 2009).

En consecuencia, la ansiedad social puede provocar tanto una marcada reducción en diversos índices de calidad de vida, como una interferencia significativa en el funcionamiento social, escolar y en el desarrollo individual del niño y/o adolescente. Algunas de las secuelas en el proceso de adaptación del niño/adolescente son graves; así, podemos destacar el bajo rendimiento académico (García-López, et. al, 2008), menor participación en actividades extra escolares, presencia de estrés por las tareas académicas, absentismo escolar (Delgado, et. al, 2018) y deterioro en las relaciones interpersonales, impidiendo así su interacción natural y la posibilidad de mantener relaciones interpersonales de forma adecuada (Samaniego Pinho, et. al, 2016). Todos estos problemas sitúan la intervención temprana en un lugar privilegiado para reducir/eliminar el impacto de este trastorno en el desarrollo de los niños, prevenir interferencias clínicamente significativas en el desarrollo del adolescente y desajustes en la posterior actividad cotidiana del adulto (Sánchez-García, et. al, 2009).

De acuerdo con Ihab, Sierra y Fernández (2007) citados por García Velandia, et. al (2016), la ansiedad social ha sido clasificada en dos subtipos: generalizada y específica. La ansiedad social generalizada se caracteriza porque el individuo suele sentir miedo a estar en varios espacios de interacción social o a que le represente algún grado de exposición al medio: mientras que en la ansiedad social específica, el individuo teme a una situación circunscrita o concreta donde se requiera de su actuación ante otras personas. Por otra parte, Stein (1997) citado por Guerrero Rodríguez (2016) considera que quienes padecen de ansiedad social se pueden dividir en tres categorías: una abarca a los que presentan únicamente miedo a hablar en público, otra incluye

los que muestran miedo a hablar en público acompañado de otro miedo social y el tercer grupo abarca los que sufren miedo a una gran variedad de situaciones sociales. Los dos primeros corresponden a la denominada ansiedad social específica, mientras que el último se ubica en el subtipo de ansiedad social generalizada.

Las experiencias más temidas de los individuos con ansiedad social son aquellas en las que son evaluados, en particular por personas que tienen un estatus de autoridad, o que mantienen una relación de jerarquía o poder con respecto a ellos (Bados, 2009 citado por Jiménez López, et. al, 2013). En este sentido, las personas que padecen de ansiedad social suelen interpretar las situaciones sociales como negativas o amenazantes, tendiendo a infravalorar su actuación y atributos personales en dichas situaciones con autoevaluaciones negativas, presentando así menor sensibilidad a la información positiva (Jiménez López, et. al, 2013), es decir, los recuerdos de situaciones exitosas, con el uso de recursos de afrontamiento adecuados en el pasado, se subestiman o se les da poca importancia (Ito, et. al, 2008).

A nivel clínico es importante tener en cuenta que las personas con trastorno de ansiedad social suelen tener estándares excesivamente altos de desempeño social, es decir que esperan provocar una impresión particularmente positiva sobre los demás pero dudan sobre su verdadera capacidad de lograrlo (D´Alessandro, et. al, 2013). La tendencia a predecir resultados negativos durante las situaciones sociales fóbicas, a su vez, conlleva a tener expectativas negativas sobre el propio desempeño y sobre las reacciones de los demás (Rey, et. al, 2006).

Con respecto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en Colombia, según Posada Villa, et. al (2006), esta suele ser mayor que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia

específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10,9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5%. Comparando las cinco regiones en las que se dividió el territorio nacional para la aplicación de la encuesta mundial de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se encontró que la Región Pacífica y Bogotá D.C son las que presentan la prevalencia más elevada del trastorno de ansiedad alguna vez en la vida con 22.0% y 21.7% respectivamente. La Región Atlántica presenta la menor prevalencia (14.9%). En relación con las medidas sobre funcionamiento/discapacidad, el trastorno de estrés postraumático es el que genera una mayor discapacidad y siguen en su orden el trastorno de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social y la agorafobia sin pánico.

En todo caso no siempre es fácil identificar la presencia de una ansiedad social, ya que suele entremezclarse con otros cuadros de ansiedad; existe una destacable superposición entre este problema y el pánico, la agorafobia y la ansiedad generalizada (Ortega Fernández, et. al, 2004). Si bien es cierto que tanto el miedo como la evitación son comunes en el trastorno de pánico y la agorafobia, en el caso del trastorno de ansiedad social lo que la distingue a este respecto es el carácter social de dichas situaciones (D'Alessandro, et. al, 2013).

Debido a las graves consecuencias asociadas con el trastorno, se ha observado un gran interés por investigar los tratamientos más eficaces para reducir las respuestas que lo caracterizan, considerándose como de elección para la ansiedad social la combinación de terapias cognitivas y conductuales de las cuales se incluyen técnicas como la psicoeducación, el control de estímulos, los ejercicios para provocar sensaciones, la reestructuración cognitiva, la exposición, técnica de solución de problemas, de prevención de recaídas, etc. Más específicamente, el National Institute of Mental Health (NIMH, 2016) recomienda como tratamiento para la ansiedad social las

técnicas de exposición, de relajación y el entrenamiento en habilidades sociales (EHHSS). En cuanto a las sugerencias de tratamiento farmacológico, se señalan antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o los inhibidores de la mono amino oxidasa (IMAO) o ansiolíticos como los beta-bloqueantes para ansiedad social específica (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE, 2013).

La aplicación combinada de estas técnicas cognitivo-conductuales se extiende a diversos grupos de edad (Gallagher, et. al, 2004; Hayward, et. al, 2000; Rodebaugh, et. al, 2004). La literatura de investigación en este campo también indica que son más eficaces las intervenciones que entrañan mayor número de horas y sesiones de tratamiento y se aplican en grupo (Botella, et. al, 2003; Otto, et. al, 2004). Otro hallazgo importante lo muestran los estudios que señalan que sus efectos son duraderos (Baer, et. al, 2005; Masia-Warner, et. al, 2005; Olivares-Olivares, et. al, 2008) disponiéndose de datos de seguimiento a los cinco años e incluso a los seis años de haber terminado el tratamiento (García-López, et. al, 2006). La idea es que con este tipo de intervenciones el individuo logre cambiar su conducta, aprendiendo nuevas formas de comportamiento y aprovechando al máximo los recursos propios y los del medio en que vive, transformando este último en la medida en que ello pueda favorecer su bienestar o modificando sus valores, actitudes y conductas (Santacreu Más, 2011).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, existen estudios donde se demuestra la eficacia que tiene la terapia cognitivo-conductual en aquellos individuos que presentan trastorno de ansiedad social. Tal es el caso del estudio realizado por Díaz (1997) citado por Rosa-Alcázar, et. al (2009), donde intervino a una adolescente de 17 años, diagnosticada de fobia social con crisis de angustia ante situaciones de hablar en público. El tratamiento constó de 12 sesiones que incluían los siguientes componentes: relajación progresiva y control de la respiración,

reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas, intención paradójica, exposición en imaginación y en vivo, y prevención de recaídas. Tras la intervención, se produjo una reducción de las respuestas de ansiedad junto a una mejora de la autoestima, manteniéndose los resultados a los seis meses de seguimiento.

Por otra parte, un equipo de investigación español aplicó diferentes protocolos de tratamiento para la mejora de la fobia social. Así Olivares y García-López (2002) trataron el caso de una adolescente de 15 años con fobia social generalizada. La intervención consistió en 29 sesiones, las cuales se distribuyeron de la siguiente manera: una sesión en grupo (fase educativa), 12 en las que entrenaron a la adolescente en habilidades sociales en grupo y 16 individuales en las que aplicaron exposición en vivo. La evaluación se llevó a cabo en tres momentos temporales: pre test, pos test y en un seguimiento a los 12 meses. Los resultados muestran una reducción significativa de las respuestas de ansiedad social tras la intervención así como un mantenimiento de estos efectos en el seguimiento a largo plazo. Asimismo, Piqueras, et. al (2004) utilizaron el protocolo IAFS (*Intervención en Adolescentes con Fobia Social*) en el tratamiento de una adolescente de 14 años. El IAFS consta de 12 sesiones de 90 minutos de duración y periodicidad semanal, divididas en cuatro componentes: el *Educativo*, en él se informa acerca de los contenidos del tratamiento, se presenta un modelo explicativo de la fobia social, se planifican conductas objetivo y se examinan las expectativas que tiene el sujeto tanto para el tratamiento como para cada una de las conductas-objetivo antes mencionadas. El segundo componente es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, el cual integra contenidos tales como iniciar y mantener conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades así como un entrenamiento en hablar en público. El tercero es la *Exposición* a las situaciones temidas y el cuarto componente lo integran las *técnicas de reestructuración cognitiva*. Los resultados

indicaron una reducción en las medidas de ansiedad social y una mejora en adaptación, autoestima, habilidades sociales y asertividad. Otros dos investigadores españoles, Pastor y Sevilá (2006) citados por Rosa-Alcázar, et. al (2009), informaron del tratamiento de un adolescente de 16 años con fobia social que le impedía tener amigos, hablar en grupo, participar en las actividades de clase, etc., sintiéndose por todo ello depresivo. Las técnicas utilizadas fueron: terapia cognitiva, experimentos conductuales, exposición y entrenamiento en habilidades asertivas. La intervención consistió en 19 sesiones, a razón de una vez por semana, tras las cuales el joven pudo participar en todas las actividades y se alejaron los sentimientos y pensamientos depresivos, manteniéndose las mejoras a los seis meses.

Por último, un estudio realizado por Mosquera-Gallego (2018) presentó el caso de una niña de 11 años de edad con capacidad intelectual límite, ansiedad social y acoso escolar. El tratamiento se basó en el Programa: Protocolo para la intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS), el cual estuvo compuesto por 12 sesiones de 90 minutos, en ocasiones de 120 minutos y aplicado de manera grupal. Las sesiones se realizaron en formato individual y con una periodicidad semanal, por tanto el tratamiento tuvo una duración aproximada de tres meses. Dentro de las técnicas que utilizó para llevar a cabo la intervención psicológica se encontraron la respiración y relajación, reestructuración cognitiva, exposición, entrenamiento en asertividad y habilidades sociales. De igual manera, empleó el Programa (Intervención psicoeducativa y tratamiento diferenciado del Bullying (CIP), con el fin de tratar el acoso escolar. Los resultados reflejan la eficacia del tratamiento mediante el uso de estos programas, ya que se ha eliminado la sintomatología de ansiedad social y la situación de acoso escolar. Se discutió la necesidad de aumentar los estudios centrados en la elaboración de instrumentos de evaluación y protocolos de intervención específicos para estas personas.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo-conductual en un caso de trastorno de ansiedad social.

Objetivos Específicos

Elaborar un plan de evaluación que identifique la sintomatología presente en el caso.

Generar un diagnóstico clínico que refleje la sintomatología identificada en la niña.

Definir los objetivos terapéuticos con base en el diagnóstico establecido.

Diseñar un plan terapéutico de intervención acorde a las necesidades de la niña.

Evaluar la efectividad de la intervención realizada en el caso mediante la aplicación de pruebas psicométricas.

Método

Participantes

Estudio de caso único de niña de 12 años de edad, con escolaridad básica primaria y que en la actualidad reside con su abuela materna en el municipio de Piedecuesta. La madre de la niña acude a la IPS de la universidad, por remisión del rector de una institución educativa de Piedecuesta para que su hija reciba asesoría psicológica, debido a que la asistencia al colegio ha estado causando en ella desaliento, llanto, náuseas y dolor de cabeza, razón por la cual la madre la retiró del colegio en dos ocasiones.

Instrumentos de Exploración

Entrevista Abierta

Se realizó una entrevista abierta con una estructura básica que inicia con el encuadre, donde se explica el objetivo y metodología de la misma; seguido por un momento de diálogo e indagación con respecto a la delimitación inicial del problema, síntomas, implicaciones del problema, análisis de secuencias, evolución, y expectativas sobre el proceso de intervención. Finalmente, se lleva a cabo el cierre y la retroalimentación de la información adquirida. (ver anexo I, Sesión 1).

Historia Clínica

Se empleó el formato de historia clínica para menores de edad, código: PS-FO-080, versión 03, proporcionado por la IPS, institución de prácticas de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga (Ver anexo C). La aplicación se realizó de forma simultánea a la entrevista abierta durante las dos primeras sesiones del proceso, de tal manera que se profundizara en cada una de las áreas conforme se fuese llevando a cabo el desarrollo de la sesión. El diseño del formato inicia con la fecha de recepción del caso, datos demográficos del

usuario y datos del acudiente. Luego está la situación actual del usuario que incluye el motivo de la consulta, historial de la situación, intentos previos para solucionarlo, percepción de la situación desde el adulto (Encargado/Cuidador), percepción de la situación desde el/la menor y las redes de apoyo del/la menor. Posteriormente, se tiene en cuenta los aspectos familiares, donde se describe el familiograma y las observaciones generales del ambiente familiar. De igual manera, se aclara el historial de desarrollo del niño, el cual está dividido en periodos prenatal, perinatal y posnatal, seguido del desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, escolaridad, antecedentes médicos (personales y familiares), conductas de riesgo (para adolescentes), observación general del usuario donde se detalla el examen mental, impresión diagnóstica siguiendo los criterios propuestos por el DSM-V, plan de tratamiento y para finalizar el registro del seguimiento terapéutico sesión a sesión.

Análisis Funcional

Una vez realizadas la entrevista y la historia clínica, se elaboró el análisis funcional con el fin de comprender el comportamiento, y con base en esta explicación, establecer los objetivos del tratamiento adecuados para la niña, así como las técnicas de intervención oportunas para lograrlos. Por tanto, el análisis funcional que orienta la evaluación e intervención, representa el puente fundamental entre ambas y puede ser revisado siempre que sea necesario (Zanón, et. al, 2016). En el análisis funcional se agregaron los siguientes aspectos: datos básicos del consultante, motivo de consulta, descripción del motivo de consulta, problemas, descripción de los problemas, historia personal, evaluación sincrónica, evaluación diacrónica (factores de predisposición, adquisición, mantenimiento y protectores), dominios (emocional afectivo, cognoscitivo verbal, interacción y repertorios relacionados a salud), contextos (académico laboral, familiar, condiciones ambientales y estímulos discriminatorios), formulación de

hipótesis (problema e hipótesis), análisis explicativo (repertorios de autocontrol, autoconocimiento, repertorios para modificar el ambiente, regulación verbal del comportamiento, identificación de conducta, conducta clínicamente relevante y función explicativa), diagnóstico, comorbilidad y plan de intervención.

Consentimiento Informado

Se utilizó el formato de Consentimiento Informado para Menores de Edad, código: PS-FO-153, versión 01, de la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana, seccional Bucaramanga (Ver anexo B). El formato está basado en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos. El diligenciamiento del documento estuvo respaldado por las firmas del representante legal (madre de la niña), del usuario (niña), psicólogo en formación y psicólogo asesor en la primera sesión, una vez realizada la presentación y el encuadre del proceso terapéutico.

Instrumentos de Evaluación

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) Reynolds y Richmond (1985).

Es una prueba diseñada por C.R. Reynolds y B.O. Richmond en 1985, con el propósito de evaluar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños con problemas de estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares, adicciones, conductas perturbadoras, problemas de personalidad, entre otros. El CMASR-2 es un instrumento de auto informe claro y conciso que consta de 49 reactivos, los cuales están divididos en cinco escalas que son: Defensividad (DEF), Ansiedad Total (TOT), Ansiedad Fisiológica (FIS), Inquietud (INQ) y Ansiedad Social (SOC). La prueba está dirigida hacia una población infantil, entre 6-19 años y

con una duración de desarrollo de 10 a 15 minutos aproximadamente. La confiabilidad del CMASR-2 está entre .75 y .92 de los estimados alfa de Cronbach en cada una de las escalas, lo cual significa que los valores se encuentran en un rango consistente y apoyan la estabilidad general de las puntuaciones del CMASR-2.

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) Lang y Tisher (1978).

Esta prueba fue elaborada por M. Lang y M. Tisher en 1978, con el fin de realizar una evaluación global y específica de la depresión en los niños, atendiendo a múltiples indicadores que permiten captar la heterogeneidad de las manifestaciones depresivas en niños y adolescentes. El CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: Total Depresivo (TD) y Total Positivo (TP). Dentro de cada una de estas dos dimensiones, se agrupan sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas, los cuales se describen brevemente de la siguiente manera: Total Depresivo, con seis subescalas que son Respuesta Afectiva (RA), Problemas Sociales (PS), Autoestima (AE), Preocupación por la muerte/salud (PM), Sentimiento de Culpabilidad (SC) y Depresivos Varios (DV). Total Positivo, con dos subescalas que son Ánimo-alegría (AA) y Positivos Varios (PV). La prueba está dirigida a una población infantil y adolescente, entre 8-16 años, con una duración de desarrollo de 30 a 40 minutos.

En este tipo de instrumentos de medida (de valoración subjetiva) y dada la pequeña longitud de las escalas (entre 7 elementos de PM y 10 elementos en PV), puede considerarse que los índices de consistencia encontrados son satisfactorios. Como el CDS se presenta en dos grandes subescalas, depresiva y positiva (TD y TP), se calcularon también los coeficientes K-R 20 en estos dos totales y los índices rxx encontrados fueron respectivamente, de 0,91 y 0,69, lo cual

permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna (Lang, et. al, 2003).

Procedimiento

El proceso de intervención terapéutica se desarrolló en 18 sesiones, distribuidas en cinco meses en el transcurso del primer semestre del año 2018. La descripción completa y detallada del proceso terapéutico puede consultarse en el Anexo H, en el cuadro de Desarrollo del plan de intervención, o de manera resumida en el Anexo I, Proceso del tratamiento implementado según etapa y número de sesión. El proceso terapéutico se realizó en tres etapas, que se describen de la siguiente manera:

Primera etapa: Evaluación y diagnóstico

En la primera etapa, que implicó las primeras seis sesiones, con duración de 45 a 60 minutos cada una y con una frecuencia semanal, se llevó a cabo la exploración y evaluación de la niña a través de diversos métodos lográndose una evaluación completa, aplicando los instrumentos anteriormente expuestos y generando una integración de los resultados para definir un diagnóstico adecuado.

En esta etapa se realizó la valoración del caso, iniciando con el establecimiento del rapport y después acudiendo, de manera cronológica, al consentimiento informado, a los instrumentos de exploración como la entrevista abierta, historia clínica, análisis funcional y los instrumentos de evaluación psicométrica, como la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) y el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Para finalizar esta etapa, se procedió a la devolución de los resultados de la evaluación, se hizo una explicación del diagnóstico referido y se plantearon los objetivos terapéuticos.

Segunda etapa: Intervención

Esta etapa se trabajó a partir de la sesión siete y finalizó en la sesión diecisiete, con una duración de 60 a 90 minutos cada una y con una frecuencia de dos días a la semana; esto con el fin de completar el proceso terapéutico en el transcurso del segundo semestre de la especialización. La intervención se subdividió en cuatro momentos, seguidos de la devolución de resultados y de una psicoeducación sobre el tratamiento cognitivo-conductual. El primer momento se llevó a cabo entre las sesiones siete y trece, las cuales estuvieron enmarcadas en la Terapia Cognitiva de Beck con la técnica de reestructuración cognitiva, que consistió en la identificación y consciencia de distorsiones cognitivas y en el aprendizaje de pensamientos racionales; de igual manera, se realizó una psicoeducación en técnicas de estudio para mejorar en la elaboración de trabajos escolares y se intervino en el aumento de la autoestima, de tal forma que la niña se sintiera capaz de realizar las tareas que le asignaban y tuviera confianza en sí misma al momento de estar frente a un público.

El segundo momento se desarrolló entre las sesiones nueve y trece, cuyo plan fue la aplicación de la técnica de Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. El objetivo de esta fase, consistió en que la niña aprendiera a controlar la ansiedad mediante ejercicios de respiración y relajación muscular, de modo que disminuyeran los episodios de pánico y las reacciones fisiológicas como temblor, sudoración, dolor de cabeza, etc.

El tercer momento, estuvo constituido por las sesiones de la doce a la quince, donde se efectuó la técnica de exposición, con el propósito de que la niña experimentara otra forma de afrontar sus temores diferentes a la evitación. Inicialmente, se utilizó la técnica de imaginación para lograr que la niña asimilara la idea de regresar al colegio sin sentirse ansiosa. Luego, se le

sugirió la inscripción a un curso de su elección como una manera de que continuara practicando esta técnica pero de forma activa.

Para finalizar, se implementó el Entrenamiento en Habilidades Sociales en las sesiones dieciséis y diecisiete. Esta fase se formalizó con el fin de que la niña mejorara en la interacción con otras personas y no sienta timidez al encontrarse frente a éstas. Para ello, se emplearon unos autorregistros que contenían una lista de actividades y que la niña debía poner en práctica para desarrollar sus habilidades sociales.

Posterior al proceso de intervención descrito, se hizo indispensable comprobar los eventuales progresos de la niña mediante la evaluación post tratamiento, el cual se detalla a continuación.

Tercera etapa: Evaluación pos y cierre

Al concluir la etapa de intervención, se realizó una evaluación pos tratamiento entre las sesiones diecisiete y dieciocho, la cual permitió la identificación de mejoría en la niña, evidenciada en el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. En estas sesiones se trabajó la prevención de recaídas, en las que se dialogó con la niña acerca de las técnicas que se aplicaron durante la terapia y se le solicitó que continuara practicándolas siempre que fuera necesario; esto con el fin de que siga superando su problemática y de esta manera prevenir futuras recaídas. También se llevó a cabo la evaluación clínica a través de una entrevista con la niña y sus padres, del mismo modo que la evaluación psicométrica, donde se aplicaron los instrumentos de medición descritos en la etapa de evaluación, con un intervalo de cinco meses entre la primera y la segunda aplicación. Finalmente, se efectuó el cierre del proceso terapéutico con la devolución de los resultados alcanzados en la evaluación pos, resaltando los cambios positivos; asimismo, se generaron compromisos por parte de la niña de seguir practicando las técnicas aprendidas en la

terapia y de esta manera mantener los cambios positivos, evitando las recaídas. Se da por terminado el proceso una vez dadas las recomendaciones y los agradecimientos pertinentes.

Fase de Intervención

Formulación del caso clínico

Nombre: I. R. G. **Edad:** 12 años **Fecha de nacimiento:** 27/05/2005

Escolaridad: Grado sexto **Ciudad:** Piedecuesta **Estado civil:** Soltera

Religión: Católica **Ocupación:** Estudiante **Hijos:** No

Antecedentes Psiquiátricos: Ninguno

Familiograma:

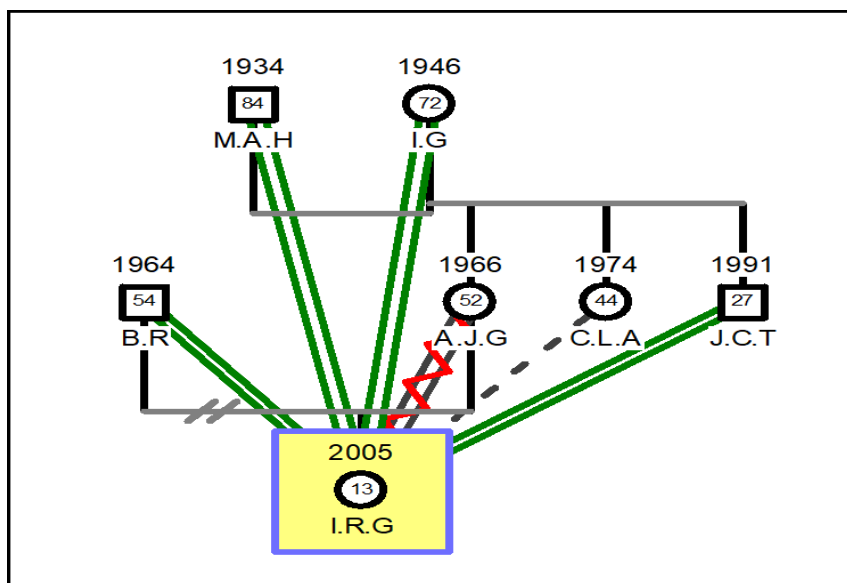


Figura 1. Familiograma.

Tipología: Familia de padres divorciados.

Familia compuesta de padres divorciados con una hija única, quien es la usuaria identificada en el presente caso y convive con su abuela materna con quien mantiene una relación cercana, al igual que con el esposo de su abuela, el hijo adoptivo de ésta y su padre; por otra parte la relación con su madre es cercana pero a la vez conflictiva, motivo por el cual la niña no convive con ella y la relación con su tía materna es distante.

Tabla 1. *Descripción familiar*

Nombres y Apellidos	Parentesco	Edad	Grado de Escolaridad	Ocupación	Relación
I.G.	Abuela materna	72	Quinto primaria	Ama de casa	Cercana
M.A.H.	Padrastro de la madre	84	Universitario	Docente pensionado	Cercana
J.C.T.	Hermano de crianza (madre)	27	Bachiller	Diseños a computador	Cercana
C.L.A.	Tía materna	44	Tecnóloga	Ama de casa	Distante
A.J.G.	Madre	52	Bachiller	Estilista	Cercana-conflictiva
B.R.	Padre	54	Universitario	Contador/No trabaja	Cercana
I.R.G.	Hija	12*	Sexto grado	Estudiante	Usuaría

*Nota: * La edad de la niña corresponde a la que tenía al momento de la primera atención. Para conocer la edad actual se recomienda acudir a la fecha de nacimiento registrada en el familiograma.*

Motivo de consulta

La madre de la niña refiere “Mi hija ha manifestado inconformidad de ir al colegio”. La niña manifiesta: “Me da desaliento, ganas de llorar, náuseas, dolor de cabeza y ganas de ir al baño”.

Descripción del motivo de consulta

La niña evidencia síntomas de tristeza, llanto, sudor en las manos, temblores y vacío en el estómago cada vez que debe asistir al colegio; por otra parte evita los ruidos fuertes porque siente aturdimiento a causa de estos.

Problemas

- Dificultad para avanzar en sus estudios escolares.
- Déficit en habilidades sociales.
- Problemas familiares.
- Ideas disfuncionales.

Descripción del problema

- Dificultad para avanzar en sus estudios escolares:

La niña se siente incómoda por asistir al colegio y esto le ha causado atraso en su desarrollo académico; por tal motivo lo anterior le ha estado generando preocupación, ya que su deseo es culminar su bachillerato y posteriormente hacer una carrera profesional.

- Déficit en habilidades sociales:

La niña reconoce que no tiene la habilidad para socializar con otros niños, ni formar parte de algún grupo de compañeros, sea este grande o pequeño, considerándose así como una persona muy tímida y cerrada. Por otra parte, I prefiere compartir con niños de menor edad que ella y no con niños de su edad, expresando que los niños de su edad le parecen muy maduros por el hecho de que la mayor parte del tiempo se ocupan en el uso del celular, detalle que le resulta desagradable.

- Problemas familiares:

La niña reporta que a sus padres actualmente les ha sido difícil comprender por qué siente aversión a la asistencia al colegio, situación que ha creado en ellos un sentimiento de decepción. Se dio la ocasión en que I. tuvo conflictos con la madre debido a que ésta la presionaba para asistir al colegio haciendo caso omiso de si su hija quería o no asistir al colegio, situación que, según lo afirmó la madre, fue creando que la relación entre ellas se hiciera cada vez más difícil hasta el grado en que la madre desasosegada tuvo sentimientos hacia la hija de rechazo, maltrato y pensamientos de intolerancia. Además, este ambiente conflictivo creó en la niña deseos de morir, los cuales manifestó por medio de una carta que escribió a su madre, logrando así que ésta se preocupara por ella. Por ésta razón, I. actualmente se encuentra viviendo con su abuela materna, pues la considera una persona comprensiva que está pendiente de ella y atiende sus necesidades. Por otra parte, el padre piensa que la aversión de asistir al colegio se debe a la pereza de su hija.

- Ideas disfuncionales:

La niña manifiesta algunos pensamientos irracionales tales como: “Pienso lo peor”, “los profesores me van a regañar por todo”, “me van a pasar al tablero”, “si me preguntan algo me puedo equivocar y los compañeros se van a burlar de mi”. Este tipo de pensamientos son los obstáculos que actualmente no le han permitido superar su temor a asistir al colegio.

Historia personal

La niña nació en Floridablanca aunque siempre ha vivido en Piedecuesta. La condición de su nacimiento fue normal, sana, con siete libras de peso, de piel blanca, aspecto físico delgado, risueña y a su vez lloraba y se asustaba con frecuencia, de buen apetito y muy cercana a la madre. A la edad de dos años y medio, la madre decidió llevarla a la guardería la primera vez, para que allí la cuidaran mientras ella permanecía en el hospital al cuidado del padre de la niña, quien había sido víctima de un asalto en la calle. A la edad de cinco años y medio, inició el preescolar y la básica primaria, pero de ahí en adelante su proceso académico se encuentra detenido. La madre de la niña manifestó que con frecuencia su hija tenía problemas a la hora de ir a estudiar; mostraba tristeza cada vez que ella debía ir al colegio y poco interés en comer y dormir, sin embargo en época de vacaciones todo esto mejoraba. Por otra parte, ante el deber de realizar alguna actividad que se requiere de responsabilidad, I. muestra desmotivación y tiene por costumbre iniciar actividades que pocas veces las termina, debido a que no las lleva a cabo adecuadamente; se trata de una actitud que tiene respecto al estudio y en su vida personal. Esta situación se ha estado presentando desde el periodo en que I. estaba cursando la primaria. Por este motivo, la madre decide llevar a su hija a consulta por psicología, con la intención que logre superar sus dificultades académicas.

Evaluación sincrónica

La niña, desde el inicio de su proceso académico, ha estado presentando dificultades para adaptarse al colegio, situación que le ha provocado un estado de ánimo bajo con reacciones fisiológicas tales como sudor en las manos, temblores y vacío en el estómago. El motivo por el cual ella manifiesta aversión a la asistencia al colegio se debe a que presenta dificultades a la hora de exponer en forma oral en las clases, así mismo el tener que responder a las preguntas que le formulan los profesores acerca de un determinado tema por el temor a equivocarse en sus respuestas y a la posible burla de parte de sus compañeros de clase o el enojo que el docente pueda sentir hacia ella. Por otra parte, socializar con sus compañeros no es agradable para I. ya que siente timidez en presencia de grupos pequeños o numerosos de compañeros. Conforme ha avanzado en sus estudios, su aversión al colegio ha aumentado, hasta el punto de recurrir a la invención de enfermedades con el fin de evitar la asistencia a las clases; esto ocurrió cuando cursaba los grados cuarto y quinto de primaria. Para cuando llegó al curso de sexto grado, el temor de asistir al colegio incrementó a tal grado, que no le fue posible continuar con sus estudios académicos.

Evaluación diacrónica

Factores de Predisposición:

Predisponentes. Antecedentes familiares de ansiedad y ataques de pánico por parte de la madre de la niña.

Precipitantes. La asistencia al colegio y las situaciones en las que debe exponer una charla ante un público.

Factores de Adquisición:

Posibles factores biológicos congénitos transmitidos por la madre de la niña.

Dificultad de afrontamiento.

Factores de Mantenimiento:

Evitación del evento traumático.

Pensamientos disfuncionales.

Factores Protectores:

Voluntad de cambio.

Adherencia a la terapia.

Apoyo por parte de la familia y profesionales de la salud.

Dominios

Emocional afectivo:

Con frecuencia siente tristeza, permaneciendo en ese estado largos periodos de tiempo; siente celos intensos hacia su madre, ya que no permite que otras personas (especialmente los varones) hablen con ella; incluso ver a su madre contestar el teléfono, es motivo de enojo para I, y esto la lleva a comportarse de forma agresiva con su madre.

Cognoscitivo verbal:

Se evidencia un desarrollo cognitivo adecuado para su edad y nivel educativo, consciente, con orientación auto psíquica y alopsíquica, manejo de la atención, pensamiento y lenguaje fluido y coherente.

Interacción:

Dificultad para las relaciones e interacciones con otras personas. La niña solo ha contado con una amiga con quien conserva un vínculo estrecho; así mismo la forma de relacionarse con su familia es satisfactoria, manteniendo una constante comunicación con sus padres y su abuela materna, aunque en algunas ocasiones suele discutir con ellos, especialmente con la madre,

debido a que I. se niega a regresar al colegio y a los sentimientos de celos cada vez que observa a la madre hablar por el teléfono móvil, pues cree que el interlocutor es un hombre; situación que le causa enojo llevándola a pensar que dicho hombre le va a retirar el afecto de su madre. Esta condición ha ido mejorando gradualmente, debido a que madre e hija han estado dialogando y la niña por su parte está dejando sus sentimientos de celos hacia su madre.

Repertorios relacionados a salud:

La niña manifiesta preocupación por su estado de salud. En anteriores ocasiones asistió a consultas por psicología; la primera vez mediante la comisaría de familia y fue atendida por una profesional en medicina general, quien la remitió al Hospital San Camilo; sin embargo la madre por temor a la prescripción de medicamentos, optó por prescindir de la atención en dicho hospital. La segunda vez, I. fue asistida en una clínica donde recibió hasta seis terapias psicológicas de las cuales no se percibieron cambios representativos en ella.

Contextos

Académico laboral:

En el ámbito académico, I. ha cursado hasta la fecha preescolar y primaria, de ahí en adelante su proceso académico se encuentra detenido debido al malestar presentado por la niña cada vez que asiste al colegio; situación que llevó a la madre a retirarla de dicha institución educativa.

Familiar:

Actualmente se encuentra viviendo con su abuela y el padre no biológico de la madre, con quienes mantiene una relación cercana, cariñosa y de apoyo. Los padres de la niña están separados, sin embargo en tales circunstancias, ellos están al tanto de las necesidades de su hija y mantienen contacto con ella, visitándola periódicamente en casa de su abuela.

Condiciones ambientales:

Se desarrolla en un municipio del área metropolitana de Bucaramanga, en un barrio de ambiente mixto, rural/urbano, de estrato socioeconómico medio, de una familia en la que uno de los padres tiene trabajo, mientras el otro, vive de la renta de dos inmuebles (apartamentos).

Estímulos discriminativos:

La idea de tener que asistir al colegio, genera en la niña ansiedad, tristeza, ganas de llorar y estado de ánimo bajo. La presencia de pensamientos disfuncionales que le impiden a I. expresarse adecuadamente frente a un público. Siente que sus padres no comprenden la razón por la cual ella no desea regresar al colegio.

Formulación de hipótesis***Problema.***

Presenta ansiedad, estado de ánimo bajo, ideas disfuncionales y reacciones fisiológicas tales como sudor en las manos, temblores y vacío en el estómago.

Hipótesis.

En el análisis funcional del caso ya presentado, se puede interpretar que el evento relacionado con la asistencia al colegio, produce en I. la sensación de molestia, desencadenando en ella una serie de pensamientos disfuncionales acerca de lo que le podría ocurrir si estuviera en el salón de clases; por ejemplo, que el profesor le plantee una pregunta acerca de un tema, y ella desconozca la respuesta, o que deba realizar una exposición oral y no pueda hacerla correctamente y esto sea motivo de burla por parte de sus compañeros de clase. Estos pensamientos generan un malestar psicológico que se caracteriza por el miedo, la ansiedad y un estado de ánimo bajo. Teniendo en cuenta la sintomatología expuesta, inicialmente se plantearon al respecto dos hipótesis

diagnósticas: Trastorno de ansiedad por separación y Fobia escolar, las cuales se descartaron en la medida que se fue obteniendo mayor información acerca de la problemática de la niña.

Análisis explicativo

Repertorios de autocontrol:

I. manifiesta capacidad reducida para controlar la ansiedad y temor a la hora de exponer oralmente un tema frente a otras personas; esta situación le ha impedido continuar con su proceso académico.

Autoconocimiento:

La niña reconoce que tiene dificultades para controlar el miedo y la ansiedad, las cuales necesita superar, alcanzando así cierto grado de capacidad de introspección y reflexión.

Repertorios para modificar el ambiente:

I. está pensando de manera más racional respecto al hecho de asistir al colegio y entre otras actividades, exponer oralmente temas en las clases. Practica ejercicios de relajación como una forma de controlar sus temores y estados de ansiedad. Asiste a un curso de manualidades con el objeto de aprender a enfrentar las situaciones que le causan temor sin acudir a la evitación; por otra parte interactúa con otras personas diferentes a su familia.

Regulación verbal del comportamiento:

La niña utiliza verbalizaciones para reforzar la seguridad en sí misma cada vez que deba exponer un tema frente a sus compañeros de clase, ejemplo: *“La exposición va a salir bien”, “no me voy a sentir nerviosa”, “nadie se va a reír de mí”, “tengo conocimiento del tema a exponer y confianza en mí misma para salir adelante en mis estudios”*.

Identificación de conducta:

A: Dificultad para exponer oralmente un determinado tema delante de un público.

B: Reacciona sintiendo temor, tristeza y pánico ante el hecho de asistir al colegio.

C: La niña manifiesta falta de habilidad para socializar con otras personas.

Conducta clínicamente relevante:

CCR1: Durante el proceso terapéutico, la niña ha demostrado habilidad para socializar con otras personas, logrando con esto un sentimiento de seguridad y confianza hacia la figura de la terapeuta.

Función explicativa:

La niña evitaba socializar con otras personas que fuesen conocidas o no por ella debido a la timidez que sentía y porque se veía asimismo como una joven cerrada para interactuar y relacionarse con los demás.

Diagnóstico diferencial

El trastorno de ansiedad social puede llegar a presentar una sintomatología similar a otros trastornos psicológicos; sin embargo, existen algunas diferencias entre estos que son importantes tener en cuenta a la hora de determinar un diagnóstico definitivo. Tal es el caso de la timidez normal, el cual es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo; no obstante, se debería considerar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social cuando existe un impacto negativo considerable en las áreas sociales, laborales y en otras áreas importantes de funcionamiento. Por otra parte, las personas que padecen de agorafobia suelen temer y evitar las situaciones sociales (p. ej., ir al cine) cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico o de sentirse incapacitados, mientras que los individuos con trastorno de ansiedad social muestran un mayor temor a las evaluaciones

negativas de los demás. En relación al trastorno de pánico, se puede decir que la preocupación de la persona se centra en las crisis de pánico en sí mismas, mientras que en el trastorno de ansiedad social la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa. Respecto al trastorno de ansiedad generalizada, las preocupaciones sociales suelen ser comunes, pero la atención se ubica más en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. En el caso de una ansiedad social, las preocupaciones se centran en el desempeño social y en la evaluación por parte de los demás. Los individuos que padecen un trastorno de ansiedad por separación, generalmente suelen evitar los entornos sociales (incluido el rechazo a ir a la escuela) debido a que les preocupa la separación de las figuras de apego, caso contrario al trastorno de ansiedad social donde el individuo puede llegar a sentirse incómodo ante la presencia de otras personas. Por último, en las fobias específicas, los individuos pueden temer a la vergüenza o a la humillación (p. ej., vergüenza por desmayarse mientras les extraen sangre), pero habitualmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales (APA, 2013).

Impresión Diagnóstica:

300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (Fobia social).

Tipo: Generalizada.

296.21 (F32.0) Trastorno de depresión mayor.

Gravedad actual: Leve.

300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (Fobia social).

Tipo: Generalizada.

La niña cumple con los siguientes criterios diagnósticos según DSM 5:

- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas.

- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

Presenta comorbilidad con:

296.21 (F32.0) Trastorno de depresión mayor

Gravedad actual: Leve

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

4. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
5. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Plan de intervención

- Disminuir las reacciones aversivas y el malestar emocional causado por las ideas irracionales sobre el comportamiento a través de una reestructuración cognitiva.
- Lograr que la niña asista al colegio de nuevo con el fin de que continúe con su proceso académico mediante la aplicación de la técnica de exposición (imaginación y en vivo).
- Conseguir que la niña interactúe con otras personas mediante la aplicación de la técnica de entrenamiento en habilidades sociales.
- Disminuir los niveles de ansiedad en la niña utilizando la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.

Resultados

Una vez finalizado el tratamiento psicológico, donde se dio cumplimiento al objetivo de evaluar e intervenir desde el modelo cognitivo-conductual, se procede a interpretar y comparar los resultados que obtuvo la niña en las pruebas psicométricas tanto en el pre test como en el post test, demostrando así los cambios positivos alcanzados por ella, luego de realizado el proceso terapéutico.

Resultados de la evaluación clínica pre-tratamiento (PRE)

En esta fase del proceso terapéutico los resultados se adquieren luego de considerar la sintomatología referida, el tiempo, frecuencia de evolución, antecedentes y el análisis funcional; al concluir la evaluación clínica pre-tratamiento se obtiene una impresión diagnóstica de: 300.23 (F40.10) trastorno de ansiedad social (fobia social) comórbido con 296.21 (F32.0) trastorno de depresión mayor leve. De igual manera, se definen las problemáticas asociadas a los trastornos, las cuales son: dificultad para avanzar en sus estudios escolares, déficit en habilidades sociales, problemas familiares e ideas disfuncionales.

Es importante tener en cuenta que durante la evaluación clínica pre-tratamiento, la niña se mostró dispuesta a colaborar con la terapeuta, construyéndose así un espacio donde ella pudiera expresarse con libertad, sin llegar a sentir juicios o presión alguna, lo cual permitió que desde un comienzo se sentaran las bases del rapport con la aceptación y empatía entre la terapeuta y la niña, forjándose una alianza terapéutica sólida durante las fases posteriores.

Resultados del proceso de intervención

A partir de las problemáticas identificadas e intervenidas para este estudio de caso único, se puede afirmar que el tratamiento se ajustó adecuadamente siendo eficaz con relación a los resultados obtenidos.

El proceso terapéutico inició con la aplicación de la técnica de psicoeducación tanto a la madre como a la niña, de modo que ellas tuvieran conocimiento acerca del enfoque cognitivo-conductual, así como de las técnicas a aplicar durante la intervención psicológica. Luego de aclarado el procedimiento a seguir, se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva, a través de un diálogo socrático con la terapeuta, donde la niña se cuestionó si sus pensamientos automáticos con relación a exponer oralmente en clases, tenían alguna validez o no, logrando modificarlos por otros pensamientos más racionales. Asimismo, la niña estuvo de acuerdo con las técnicas de estudio implementadas para mejorar en la elaboración de sus trabajos escolares, aceptando por su parte practicar dichas técnicas cuando reanude sus estudios. Por otra parte, la autoestima y confianza en sí misma aumentaron, de tal modo que se siente capacitada para cumplir con las futuras actividades que le asignen en el colegio.

Con la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva, se le proporcionó a la niña una estrategia de afrontamiento para controlar la ansiedad, de modo que ella sienta estabilidad emocional al momento de encontrarse en situaciones incómodas, superando así los episodios de pánico y reacciones fisiológicas como llanto, temblor, sudoración y dolor de cabeza entre otros malestares. Cuando la niña decidió poner en práctica los ejercicios de respiración y relajación muscular aprendidos, expresó sentirse mejor y más tranquila, por lo que se le recomendó realizar estos ejercicios cada vez que fuera necesario.

En cuanto a la técnica de exposición, la niña manifestó cierta preocupación al inicio de la aplicación de dicha terapia, motivo por el cual se le explicó la importancia que tiene esta técnica para enfrentar la situación que más teme (asistir al colegio) de una manera adecuada y como estrategia de afrontamiento diferente a la evitación. Asimismo se asistió a la niña para explorar los recursos con los que ella cuenta, como la capacidad de comprender ideas, colaboradora,

atenta, divertida y buena compañera, todo ello con el fin de continuar y adelantar en sus estudios académicos.

La técnica de exposición se llevó a cabo en dos etapas. La primera consistió en guiar a la niña haciendo uso de la imaginación, de tal forma que aceptara gradualmente la idea de regresar al colegio y también para que tenga un conocimiento de cómo debe actuar para no sentir temor alguno, cada vez que se encuentre en lugares como un salón de clases. Como resultado de la primera realización del ejercicio de imaginación, la niña manifestó sentirse extraña, debido a que no comprendía lo que estaba ocurriendo en ese momento, pues sentía que era otra persona y no ella misma quien estaba participando en el ejercicio de visualización por la forma de ser y de actuar normal, segura y valiente; contrario a como la niña se percibía en realidad. Ante esto, se resolvió realizar de nuevo el ejercicio de imaginación, aunque en esta ocasión solicitando que sea la niña quien ingrese al salón de clases y efectúe las actividades que requiere el ejercicio de visualización. Finalizado el ejercicio, la niña expresó haber entrado al salón de clases, sintiendo la bienvenida de parte de la profesora y de los compañeros de curso.

Otro resultado importante durante el ejercicio de imaginación se produjo cuando se trasladó a la niña al salón de clases y se le pidió que expusiera un tema relacionado con el área de sociales; esto con el fin de que ella comenzara a adquirir seguridad a la hora de exponer oralmente ante un público. La niña, al comienzo manifestó desmotivación ante la idea de exponer un tema en clase, por lo que cambió mentalmente la asignatura de sociales a un tema de matemáticas, la cual tampoco era de su agrado, pero que escogió para evitar la exposición. Ante esta situación, se decidió aplicar una vez más el ejercicio de imaginación, pero con la condición de que la niña permaneciera en la clase señalada y realizara la actividad sin tener que cambiar de asignatura, solicitud a la cual ella accedió.

La segunda etapa consistió en una exposición en vivo, cuyo objetivo era lograr que la niña asistiera a un curso de su agrado para que comenzara a integrarse gradualmente en las actividades académicas, interactuara con otras personas diferentes a su familia y de esta manera consiguiera superar sus temores relacionados con la asistencia al colegio. La niña escogió el curso de manualidades en cojines infantiles y en común acuerdo con la madre, decidieron llevar a cabo la inscripción a éste en la IPS de la universidad.

Finalmente, en el entrenamiento en habilidades sociales, la niña adquirió conductas tales como iniciar conversaciones, pedir favores, hacer y recibir cumplidos, etc, mostrándose así segura, espontánea y sin el temor a las críticas. Para lograr esto, se emplearon autorregistros con actividades sociales que la niña debía realizar con personas diferentes a su familia (ver anexo J, evidencia 4).

Resultados de la evaluación clínica pos-tratamiento (POS)

Los cambios en el comportamiento de la niña se fueron evidenciando conforme avanzaba el proceso terapéutico a través de la observación realizada por la terapeuta en cada una de las sesiones y los reportes proporcionados por los padres acerca de la evolución de su hija. Asimismo, siguiendo las orientaciones brindadas por la terapeuta en un proceso de psicoeducación, la madre ha mejorado la relación con su hija, debido a lo cual ya existe confianza entre ellas, y la niña por su parte, ha superado el temor a la pérdida del afecto materno. Finalizado el proceso de intervención, se llevó a cabo una evaluación clínica post tratamiento, en la que se tuvo en cuenta la descripción de su estado emocional, la superación de sus problemáticas y los posibles cambios en su estilo de vida.

En consecuencia, la evaluación clínica pos tratamiento demostró que la niña ha mejorado en su dificultad para afrontar situaciones estresantes como asistir al colegio y a relacionarse con

otras personas; para lograr esto, primero fue necesario que realizara una exploración de sus creencias irracionales, dando lugar al aprendizaje de nuevas creencias racionales que atenuaran su temor a exponer oralmente frente a un público; además, el conocimiento de algunas técnicas de estudio también le permitieron adquirir una idea de los pasos que debe seguir al momento de elaborar un trabajo escolar, de modo que tenga un buen desempeño académico y se sienta segura y confiada en las labores que realiza. La búsqueda de recursos para salir adelante en los estudios de igual manera ayudó a la niña en el aumento de su autoestima.

Otra problemática observada en la niña, y que igualmente mostró mejoría, es la presencia de episodios de pánico y reacciones fisiológicas (llanto, temblor, sudoración y dolor de cabeza) como señales de ansiedad al encontrarse en situaciones estresantes. La práctica diaria de los ejercicios de relajación muscular progresiva ha permitido a la niña disminuir los niveles de ansiedad, de manera que se sienta tranquila y sin tensiones frente a dichas situaciones.

El trabajo con la técnica de exposición conllevó a que la niña aprendiera a desenvolverse de manera funcional y segura dentro de un ambiente escolar, sin tener la necesidad de recurrir a la evitación como única estrategia de afrontamiento; resultado que la motivó para que realizara el curso de manualidades, y asimismo decidiera continuar con los estudios académicos en el colegio. La niña tiene como objetivo validar los grados sexto y séptimo durante un año, con el fin de evitar el atraso académico y nivelar el curso para encontrarse con sus compañeros; propósito que los padres apoyan y están dispuestos a proporcionarle ayuda.

En cuanto a las habilidades sociales, la niña emprende la interacción con otras personas diferentes a su familia iniciando conversaciones, pidiendo favores, haciendo y recibiendo cumplidos, etc, sin llegar a sentir timidez por el hecho de ser desconocidas para ella; aspecto que también se fue haciendo evidente en el transcurso de la intervención psicológica, pues la niña

desde el comienzo de la terapia no mostraba seguridad ni confianza al narrar su problemática a la terapeuta, situación que fue cambiando conforme avanzaban las sesiones terapéuticas.

Resultados de la evaluación psicométrica

Para confirmar la hipótesis diagnóstica se aplicaron la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) y el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS). Los resultados obtenidos en la evaluación pre y pos en cada uno de los instrumentos se describen a continuación:

Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2)

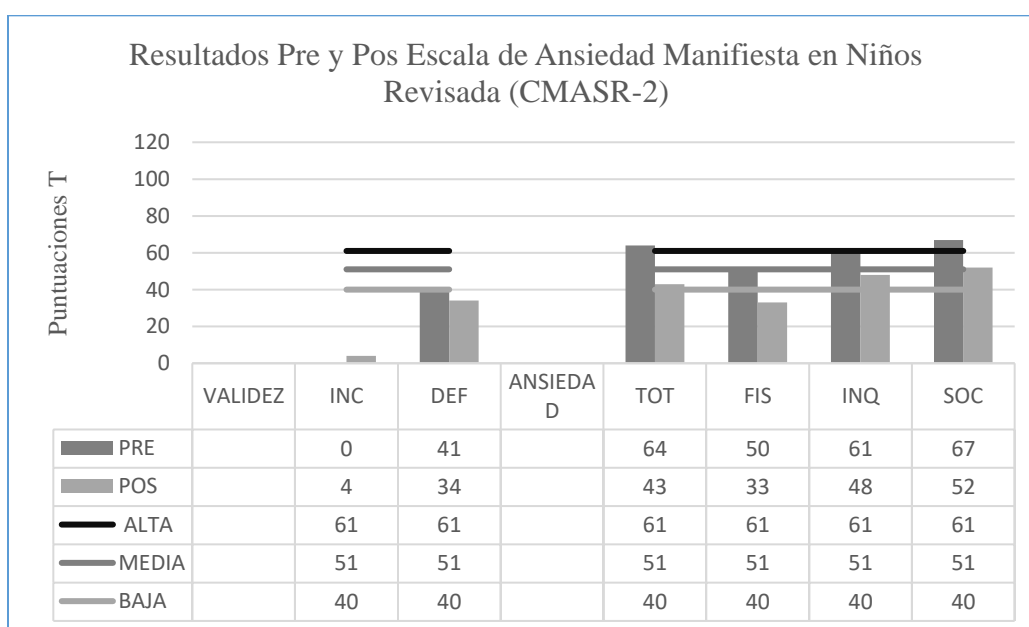


Figura 2. Resultados pre y pos tratamiento de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2.

El propósito del siguiente análisis es integrar y comparar los resultados de la prueba pre test aplicada el día 02 de Marzo de 2018 y pos test aplicada el 01 de Junio de 2018 de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMASR-2) y determinar la evolución de la niña en cinco meses de intervalo entre la primera y la segunda prueba.

En la figura 2, se puede observar que las respuestas proporcionadas por la niña a esta prueba son válidas, debido a que en el pre test la puntuación T que obtuvo en el índice de respuestas inconsistentes (INC) fue de 0 y en el pos test de 4, lo cual significa que los ítems no fueron contestados aleatoriamente sino a conciencia, comprendiendo cada uno de estos ítems y con sinceridad, sin tratar de ocultar sus verdaderos sentimientos por el afán de ser aceptada socialmente; esto último se evidencia en la escala de defensividad (DEF), donde las puntuaciones T dieron bajas tanto en el pre test (41) como en el pos test (34). A continuación, con respecto a las escalas de ansiedad, la evaluación pre test señaló alteraciones en las cuatro subescalas como la ansiedad total, ansiedad fisiológica, inquietud y ansiedad social; sin embargo, en la evaluación pos test se observó un cambio significativo en las puntuaciones T que indicaron una mejoría en las problemáticas presentadas por la niña. Los cambios evidenciados en cada una de las subescalas fueron: la ansiedad total (TOT) con una puntuación T descompensado de 64, pasó a una puntuación T bajo de 43, este indicador resultó ser favorable debido a que representaba el problema principal por el cual la niña fue llevada a consulta; la ansiedad fisiológica (FIS) que aunque no registró un indicador de gravedad, sino sugestivo, con una puntuación T de 50 pasó a un nivel bajo de 33; la inquietud (INQ) señaló en el pre test una puntuación T de 61, mientras que en el pos test bajo a 48 y finalmente, la ansiedad social (SOC) pasó de una puntuación T 67 a 52.

Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

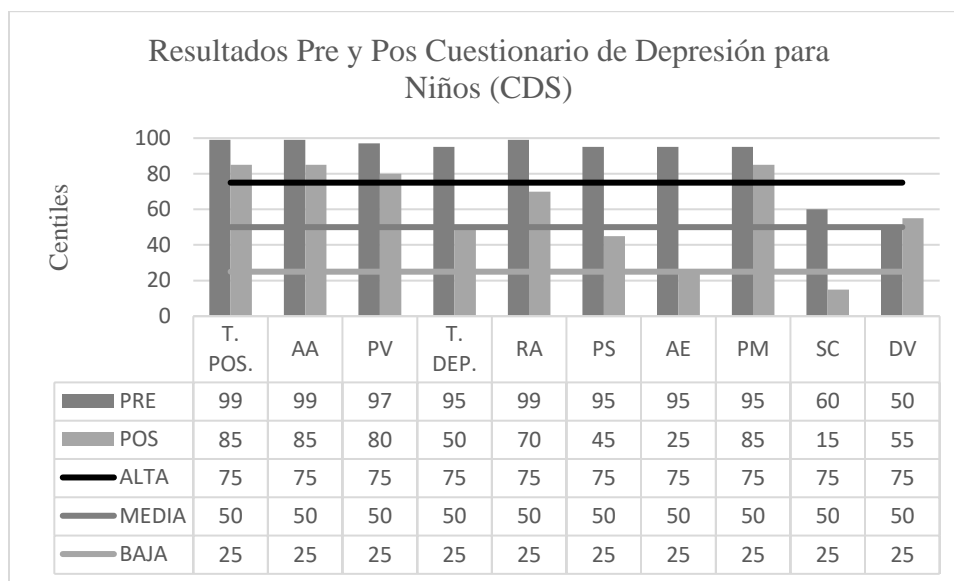


Figura 3. Resultados pre y pos tratamiento del Cuestionario de Depresión para Niños.

El siguiente análisis de resultados se hace con el fin de comparar los cambios significativos del pre test aplicado a la niña el día 02 de Marzo de 2018 y el pos test aplicado el pasado 01 de Junio de 2018, con casi 5 meses de intervalo.

Según los datos ubicados en la figura 3, la evaluación pre señaló alteraciones en la mayoría de las escalas que conforman la prueba, lo cual significa que la niña presentó un estado de ánimo depresivo comórbido con el diagnóstico establecido. Entre las escalas alteradas se encuentran la dimensión Total Positiva (TP), cuya puntuación centil fue de 99, junto con las escalas que la conforman como ánimo-alegría (AA) que también alcanzó un centil 99 y positivos varios (PV) donde obtuvo un centil 97; interpretándose estos resultados como una incapacidad de parte de la niña para experimentar sentimientos de alegría, diversión y felicidad en su vida, dando lugar a la depresión. Asimismo, en la dimensión total depresiva (TD) la puntuación llegó a ser alta consiguiendo un centil 95, al igual que en las escalas de respuesta afectiva (RA) con una

puntuación centil de 99, problemas sociales (PS), autoestima (AE) y preocupación por la muerte (PM) obteniendo una puntuación centil de 95; situación que confirma el estado depresivo de la niña previo al tratamiento. En cuanto a las escalas restantes como sentimientos de culpabilidad (SC) y depresivos varios (DV) la puntuación centil no llegó a ser grave sino más bien sugestiva, lo cual puede significar que el auto punición no se encontró muy marcada en la niña en comparación con las demás escalas.

Por otra parte, examinando los resultados de la evaluación pos se puede afirmar que la niña presentó cambios positivos en las escalas que conforman la dimensión total depresiva (TD) debido a que disminuyeron las puntuaciones centiles, siendo las más significativas la escala de respuesta afectiva (RA) con un centil de 70, problemas sociales con un centil de 45; indicando así una mejoría en las relaciones interpersonales, al igual que en la autoestima (AE) donde obtuvo una puntuación centil de 25. Con respecto a las otras escalas, como preocupación por la muerte (PM) la puntuación centil pasó de 95 a 85, que aunque sigue siendo moderadamente grave, dejó de ser descompensado; similar a lo ocurrido en la dimensión total positiva (TP) junto con la escala ánimo-alegría (AA) donde las puntuaciones centiles pasaron de 99 a 85 y en escala positivos varios (PV) la puntuación centil cambio de 97 a 80. Estos resultados indican que, si bien la niña alcanzó alguna mejoría en estos aspectos, igualmente necesita trabajar más en los mismos, de modo que sea capaz de experimentar sentimientos positivos en su vida y así disminuya su estado de ánimo depresivo. Por último, en la escala relacionada con los sentimientos de culpabilidad (SC), la niña obtuvo una puntuación centil de 15, mostrando con esto una mejoría significativa en este aspecto de la prueba, y en la escala depresiva varios (DV) la puntuación centil fue de 55 manteniéndose sugestiva.

Las anteriores evidencias reportan cómo la adherencia al tratamiento, el seguimiento oportuno y la relación lograda entre participante y terapeuta, conllevó a que la niña finalizara el proceso terapéutico con nuevos aprendizajes acerca de sus propias creencias y conductas, así como estrategias para afrontar las situaciones aversivas y habilidades para interactuar con otras personas diferentes a su núcleo familiar; ha logrado cambiar sus ideas irracionales acerca de exponer oralmente un tema determinado frente a un público, por otras más racionales; atenuar el temor de asistir al colegio y de relacionarse con otras personas, sin la preocupación por las críticas que provengan de éstas. Para que la niña mantenga estos cambios positivos, es necesario que cuente con redes de apoyo como la familia, los profesores y la continuidad de las prácticas de las técnicas y estrategias aprendidas durante el proceso terapéutico, para así evitar posibles recaídas.

Discusión

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, luego de la realización de este estudio de caso, se puede afirmar que la aplicación de la terapia basada en el enfoque cognitivo-conductual fue efectiva para el tratamiento del trastorno de ansiedad social. En la literatura académica y científica existen varios informes de casos que muestran la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en el manejo y control de la ansiedad, afrontamiento adecuado de situaciones aversivas y adquisición de habilidades sociales; entre los informes de casos se encuentran aquellos realizados por Díaz (1997), Olivares y García López (2002), Piqueras, et. al (2004), Pastór y Sevillá (2006) y Mosquera-Gallego (2018), quienes aplicaron a cada uno de los consultantes unos protocolos y programas de intervención basados en la perspectiva cognitivo-conductual, tendiendo a proponer un conjunto de técnicas específicas para el tratamiento de la ansiedad y los problemas comórbidos a esta, tales como relajación progresiva y control de la respiración, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, solución de problemas y exposición en imaginación y en vivo.

Tomando en consideración tales evidencias de efectividad, en el presente estudio de caso se optó por llevar a cabo un plan de tratamiento cognitivo-conductual para la niña I.R.G., basado en las técnicas de psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva de Jacobson, exposición en imaginación y en vivo y entrenamiento en habilidades sociales.

El proceso de intervención tuvo una duración de cinco meses, y una vez que se compararon las pruebas pre y pos, el estudio de caso logró demostrar un cambio significativo en las creencias disfuncionales de la niña, disminuyendo su preocupación ante la idea de exponer oralmente frente a un público; también consiguió controlar la ansiedad, aprendió una nueva estrategia para afrontar las situaciones aversivas y adquirió habilidades para interactuar con otras personas

diferentes a su familia. Por otra parte, se evidencia que el tratamiento ayudó a reducir la sintomatología comórbida que presentaba con el episodio depresivo mayor leve.

Con el fin de corroborar la eficacia de las técnicas del enfoque cognitivo-conductual empleadas en el actual caso, se hace referencia al estudio realizado por García-López, et. al. (2002), quienes informaron de la eficacia del programa CBGT-A (*Cognitive Behavioral Group Therapy for Adolescents*; Albano, Marten y Holt, 1991) en un adolescente de 16 años con fobia social generalizada y comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación, trastorno obsesivo-compulsivo y episodio depresivo mayor. El programa constó de 16 sesiones en las que se entrenó al sujeto en habilidades sociales, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y exposición en vivo. La evaluación se llevó a cabo en tres momentos: pre test, pos test y a los 12 meses de iniciado el seguimiento. Los resultados mostraron que tras la aplicación del tratamiento se produjo una reducción clínicamente significativa de las respuestas de ansiedad social, la remisión del trastorno de personalidad por evitación y del episodio depresivo mayor, así como el mantenimiento de estos efectos en el seguimiento a largo plazo.

Al observar el anterior estudio de caso y compararlo con el actual, se puede apreciar una diferencia en la forma como se llevó a cabo el proceso de intervención, es decir, en el caso actual, el tratamiento con la niña no se desarrolló siguiendo un programa terapéutico como lo demuestra el estudio de caso descrito anteriormente, sino que se implementó bajo el modelo de la Terapia Cognitiva de Beck junto con la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales mencionadas previamente; aun así los resultados de la intervención señalaron un cambio significativo en las problemáticas que presentaba la niña.

Otra diferencia encontrada en el presente caso, es la aplicación de técnicas de estudio para el mejoramiento en la elaboración de las actividades escolares de la niña, para luego generar en ella

la seguridad y la confianza necesarias a la hora de exponer oralmente sus trabajos frente a los demás compañeros.

Ahora bien, revisando el desarrollo de una de las técnicas como la reestructuración cognitiva aplicada en este estudio de caso, se encontró que la niña había experimentado en el colegio algunas situaciones desagradables relacionadas con el hecho de exponer oralmente en clases, que la llevaron a sentir temor y asimismo evitar estar al frente de dicha actividad académica. Ante estos hechos, existe una interpretación amplia de la teoría de los dos factores de Mowrer (1947) citado por Caballo (2002) que permite explicar la adquisición y mantenimiento de las reacciones fóbicas. Los síntomas de la fobia social constituyen una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre el objeto fóbico (el estímulo condicionado) y una experiencia aversiva. Una vez que se ha adquirido la fobia, la evitación de la situación fóbica elude o reduce la ansiedad condicionada, reforzando consecuentemente la conducta evitativa. Esta evitación mantiene la ansiedad, ya que hace difícil aprender que el objeto o la situación temidos no son de hecho peligrosos o no tan peligrosos como piensa o anticipa el paciente y los pensamientos también pueden servir para mantener el temor, pensamientos sobre síntomas somáticos o las posibles consecuencias negativas de la actuación, etc.

Otro aspecto a discutir en el presente caso, es la influencia que ha tenido la sintomatología del trastorno de ansiedad social en la vida de la niña. Considerando que la niña se encuentra en una etapa de desarrollo cercana a la adolescencia (12 años), la presencia de este trastorno es posible, según lo expresa García-López, et. al, (2008), aclarando que la ansiedad social con frecuencia inicia en la adolescencia, específicamente entre los 12 y 17 años de edad. Los síntomas propios de este trastorno alteraron la funcionalidad de la niña en el sentido de que no le había sido posible asistir al colegio por temor a ser evaluada negativamente por los profesores cada vez que

le formulaban alguna pregunta o tuviera que exponer oralmente un determinado tema en clase y a la posible burla de parte de sus compañeros, señalando esto como un impedimento para el avance en sus estudios escolares. Por otra parte la dificultad que presentaba la niña para interactuar con otras personas diferentes a su familia y el temor a ser criticada, afectaba así su calidad de vida; a todo ello y debido al tratamiento psicológico, la niña logró superar esta problemática.

Para finalizar, todos estos aspectos encontrados tanto en el estudio de caso actual como en aquellos realizados por otros investigadores, permiten concluir que, independientemente de cómo se plantee y organice las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de las problemáticas asociadas con el trastorno de ansiedad social, los resultados seguirán siendo satisfactorios, en el sentido de que la consultante cuenta con unas estrategias adaptativas para afrontar la ansiedad y así pueda llevar una vida más funcional.

Conclusiones

Los objetivos general y específicos del estudio de caso único se cumplieron en cuanto se realizó una evaluación clínica y psicométrica que permitió la identificación de un diagnóstico acorde a la sintomatología presentada, y a partir del cual se diseñó un plan de intervención desde el modelo cognitivo-conductual que, según la evaluación pos-tratamiento, resultó efectivo para la solución de las problemáticas observadas en la niña.

En cuanto al logro de los objetivos terapéuticos, se puede afirmar que estos llegaron a ser satisfactorios, gracias a la aplicación de las distintas técnicas derivadas de la terapia cognitiva de Beck, la relajación muscular progresiva, el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y de habilidades sociales; permitiendo así que la niña modificara su forma de pensar respecto a las exposiciones orales en público, aprendiera a controlar la ansiedad, practicara una estrategia diferente a la evitación para afrontar las situaciones aversivas, adquiriera habilidades sociales y finalmente disminuyera su estado de ánimo depresivo.

Desde el inicio del proceso de intervención, la niña se mostró dispuesta a asistir a cada una de las sesiones terapéuticas y a colaborar en todas las actividades asignadas por la terapeuta, generándose así una adherencia al tratamiento necesaria para llegar a superar sus problemáticas relacionadas con la ansiedad.

El entrenamiento en estrategias de afrontamiento es fundamental para la terapia del trastorno de ansiedad social (TAS), debido a que ofrece al consultante un conjunto de recursos de carácter cognitivo-conductual orientados a resolver el problema y a afrontar las situaciones aversivas que le generan estados ansiosos y de estrés.

Aunado a lo anterior, el entrenamiento en habilidades sociales también resulta ser una técnica igualmente importante en la intervención del TAS, en el sentido de que le proporciona al

individuo la capacidad para interactuar con otras personas, sin llegar a sentir timidez por encontrarse frente a ellas.

Pasado un tiempo luego de finalizado el proceso de intervención, es probable la presencia de una recaída en la problemática asociada al TAS; por tal motivo, la terapeuta debe estar preparada para contrarrestar esta situación y aplicar las medidas necesarias, tales como, la incorporación al plan de tratamiento de otra terapia cognitivo-conductual que se enfoque en el aprendizaje de creencias racionales, como la terapia racional emotiva conductual; así mismo, la remisión externa a psiquiatría que apoye de forma farmacológica el tratamiento, y en caso de ser necesario autorice la hospitalización.

Se concluye que la ansiedad social al igual que otros trastornos psicológicos puede generar consecuencias importantes a nivel personal, académico/laboral, familiar y social; por lo tanto, es una condición merecedora de atención y tratamiento.

Los trastornos de ansiedad tienen una alta prevalencia en Colombia, y en particular la ansiedad social es uno de los trastornos más frecuentes; por lo tanto, es importante prestar especial atención al fortalecimiento y diseños de programas de salud pública, los que se encaminen por la prevención y disminución de este tipo de trastorno que afecta a las personas en general.

Recomendaciones

Se sugiere que la niña continúe en seguimiento cada dos o tres meses después de finalizado el tratamiento, con el propósito de reforzar las técnicas psicológicas aprendidas y hacer prevención de recaídas.

Es importante que la niña continúe con la práctica y la implementación de las técnicas cognitivo-conductuales aprendidas durante las sesiones terapéuticas, de modo que asegure el mantenimiento de los cambios positivos.

Se recomienda que la niña acuda a orientación o atención psicológica siempre que sienta que sus capacidades para controlar la ansiedad se estén desbordando o se desoriente frente a la forma de afrontar asertivamente una situación aversiva, de manera que recuerde alguna de las estrategias trabajadas o aprenda nuevas estrategias de afrontamiento, evitando así la ansiedad y el estrés.

Se recomienda a la niña que realice los trabajos escolares teniendo en cuenta las técnicas de estudio aprendidas durante el tratamiento.

Se considera pertinente que la niña asista a un curso sobre alguna actividad de su libre elección, como parte del proceso terapéutico y con ello la motive a superar sus temores académicos e interactúe con otras personas diferentes a sus familiares; todo esto provisionalmente hasta que la niña retome los estudios escolares.

Como recomendación general para futuras intervenciones de problemáticas asociadas al TAS, se recomienda implementar un plan intervención donde la consultante pueda desempeñar un rol activo desde la fase inicial y durante todo el proceso, su diseño se realice con base en las características propias del mismo, las técnicas se enfoquen en el aprendizaje de creencias racionales, exposición a las situaciones aversivas, entrenamiento en habilidades sociales y se

realice seguimiento hasta dos años después de finalizada la intervención para verificar la efectividad del mismo en el tiempo.

Referencias

- Acevedo Santos, A. (2014). *Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social*. Universidad Católica de Colombia. Bogotá. Colombia.
- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5° edición*. Ed. Médica Panamericana. Argentina.
- Baer, S. & Garland, J. (2005). Pilot study of Community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 44, pp. 258-264.
- Belloch, A., Sandín, B. & et. al. (2009). *Manual de Psicopatología. Vol. 2*. ed. McGrawHill. España.
- Bobes, J., Bascarán, M.T. & et. al. (2003). *Trastorno de ansiedad social*. Salud Global. Año III, número 6.
- Botella, C., Baños, R.M. & et. al. (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. ed. Paidós. México.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos*. ed. Siglo XXI. Págs. 25 y 26. España.
- D'Alessandro, F., Garay, C.J. & et. al. (2013). Evidencia empírica de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico de la fobia social (Trastorno de ansiedad social). *Anuario de investigaciones*, vol. 20, n° 1, pp. 29-38. Argentina.

- Delgado, B., Inglés, C.J. & et. al. (2018). Relación entre la ansiedad social y las dimensiones de la personalidad en adolescentes españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, vol. 1, n° 46, pp. 81-92. Portugal.
- Gallagher, H.M., Rabian, B.A. & et. al. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 18, pp. 459-479.
- García-López, L.J., Olivares, J. & et. al. (2002). Efectos a largo plazo del tratamiento de un adolescente con fobia social generalizada mediante el Cognitive-Behavioral Group Therapy for Adolescents (CBGT-A). *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 28, pp. 935-953.
- García-López, L.J., Olivares, J. & et. al. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 20, pp. 175-191.
- García-López, L.J., Piqueras, J.A. & et. al. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: Estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, vol. 16, n° 3, pp. 501-533, España.
- García Velandia, J., Angarita Robayo, N. & et. al. (2016). *Programa de intervención para niños con ansiedad social*. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.
- Gil-Bernal, F. & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, vol. 40, n° 1, pp. 89-104, España.
- Guerrero Rodríguez, A.M. (2016). *Una mirada sistémica al caso de una adolescente con fobia social*. Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, Colombia.
- Halguin, R. & Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. ed. McGraw Hill. México.


- Hayward, C., Varady, S. & et. al. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 39, pp. 721-726.
- Ito, L.M., Roso, M.C. & et. al. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 30, suppl. 2, pp. S96-101. Brasil.
- Jiménez López, L. M., Valencia Cruz, A. & et. al. (2013). Escala de ansiedad social para adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, vol. 21, núm. 2, pp. 72-84. México.
- Lang, M. & Tisher, M. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)*. ed. TEA Ediciones. España.
- Masia-Warner, C., Klein, R.G. & et. al. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 33, n° 6, pp. 707-722.
- Mosquera-Gallego, L. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual de la ansiedad social y acoso escolar en una niña con capacidad intelectual límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, vol. 5, n° 1, pp. 50-56. España.
- Muñoz Murillo, J. P. & Alpízar Rodríguez, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista Cúpula*. 30 (1): 40-47. Costa Rica.
- National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE. (2013). *Social anxiety disorder, full guideline*. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
- National Institute of Mental Health – NIMH. (2016). *Anxiety disorders, treatment and therapies*. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>.

- Olivares, J. & García-López, L.J. (2002). Aplicación de la versión española de la terapia para la eficacia social en adolescentes (SET-Asv) al tratamiento de una adolescente con fobia social generalizada. *Psicología Conductual*, vol. 10, n° 2, pp. 409-419. España.
- Olivares-Olivares, P.J., Rosa-Alcázar, A.I. & et. al. (2008). Does individual attention improve the effect of group treatment of adolescents with social phobia? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 8, n° 2, pp. 465-481. España.
- Olivares-Olivares, P.J., Olivares, J. & et. al. (2016). Community versus Clinical Cognitive-Behavioral Intervention in Young-Adult Spanish Population with Generalized Social Phobia. *Terapia Psicológica*, vol. 34, n° 1, pp. 23-30. Chile.
- Ortega Fernández, J.A. & Climent Más, A.M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social. *Clínica y salud*, vol. 15, n° 2, pp. 177-214. España.
- Ortega, I., Bados, A. & et. al. (2012). Un caso de fobia social con predominio de ataques de pánico. *Anuario de Psicología*, vol. 42, n° 2, pp. 231-244. España.
- Otto, M.W., Smits, J.A. & et. al. (2004). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 65, suppl. 5, pp. 34-41.
- Piqueras Rodríguez, J.A., Olivares Rodríguez, J. & et. al. (2004). Efectos a corto y medio plazo del tratamiento de una adolescente con fobia social. *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 30, n° 129. España.
- Posada-Villa, J.A., Buitrago-Bonilla, J.P. & et. al. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova – Publicación Científica*, vol.4 no. 6, pp. 1-114. Colombia.

- Reynolds, C.R. & Richmond, B.O. (1985). *Escala de Ansiedad manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2)*. ed. Manual Moderno. México.
- Rey, C.A., Aldana, D.R. & et. al. (2006). Estado del arte sobre el tratamiento de la fobia social. *Terapia psicológica*, vol. 24, n° 2, pp. 191-200. Colombia.
- Rodebaugh, T.L. & Chambless, D.L. (2004). Cognitive therapy for performance anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 60, pp. 809-820.
- Rosa-Alcázar, A.I., Olivares-Olivares, P.J. & et. al. (2009). Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario de Psicología*, vol. 40, n° 1, pp. 23-42. España.
- Salazar Torres, I.C. (2013). *Fiabilidad y validez de una nueva medida de autoinforme para la evaluación de la ansiedad/fobia social en adultos*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. España.
- Samaniego Pinho, A. & Buenahora Bernal, M. (2016). Variables relacionadas con ansiedad social en adolescentes: Un modelo de regresión lineal múltiple. *Revista Interacciones*, vol 2, N° 2, 109-122. Perú.
- Sánchez-García, R. & Olivares, J. (2009). Intervención temprana en niños y adolescentes con fobia social. *Anuario de psicología*, vol. 40, n° 1, pp. 75-88. España.
- Santacreu Más, J. (2011). *Protocolo general de intervención clínica en psicología*. Universidad Autónoma de Manizales. Colombia.
- Zanón Orgaz, I., Matías Lago, T. & et. al. (2016). *Guía para la elaboración de un análisis funcional del comportamiento humano*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. (En línea). Recuperado el 15 de Septiembre de 2017 de: <https://bit.ly/2Aj0wV4>.

Anexos

Anexo A. Recepción de Casos

	RECEPCION DE CASOS Código: PS-FO-152 Versión: 01
---	---

Ciudad:		Fecha	Día:		Mes:		Año:	
1. DATOS DEMOGRAFICOS								
DATOS DE LA PERSONA A SER ATENDIDA								
Nombre y Apellidos							Edad	
Dirección de Residencia							Estrato	
No. Telefónico					No. Celular			
Escolaridad					Ocupación			
Remitido por					Entidad (EPS)			
DATOS DEL CONTACTO								
Nombre y Apellidos							Edad	
Parentesco								
Dirección de Residencia							Estrato	
No. Telefónico					No. Celular			
2. DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD EXPUESTA								
3. DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA								
SUBSISTEMA IMPLICADO				DIFICULTAD IDENTIFICADA				
Individuo		Académica		Violencia Intrafamiliar	Violencia conyugal		Conductas de riesgo	Adicciones
Pareja		De aprendizaje			Maltrato Infantil			Embarazo adolescente

Parental		Comportamental			Abuso sexual			Pandillismo	
Fraternal		Mental			Otra dificultad				
Familiar		De relación		¿Cuál?				Bullying	
Comunitario		Social				¿Cuál?		Otra conducta de riesgo	

4. ASIGNACIÓN DE CITA

Nombre del Psicólogo/a en formación asignado (a)	
Fecha	
Hora	

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO

Personas que deben asistir a la primera cita	
--	--

ORIENTACIÓN SOBRE LA PRIMERA CONSULTA

Condiciones iniciales de la atención: presentarse 10 minutos antes de la consulta, traer la documentación requerida (fotocopia del documento de identidad del menor de edad y del acudiente, recibo de servicios públicos, si es remitido de alguna institución traer el formato de remisión), cancelación de citas.

5. ANOTACIONES RELEVANTES PARA EL MANEJO DEL CASO

6. FIRMA

Nombre completo de quien hace la recepción	
Firma:	

Anexo B. Consentimiento Informado

	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-153 Versión: 01</p>
---	---

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo / Nosotros, obrando en calidad de representantes legales del (la) menor _____, identificado (a) con la T.I. No. _____, y en conjunto con él (ella), certificamos que hemos recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mi representado o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información, que se suministra en el proceso de consulta, podrá ser utilizada para procesos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde la identidad de mi representado. Se nos indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de medición que se consideren pertinentes para valorar el estado psicológico actual. Posteriormente recibiremos un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que se encuentra mi representado, y se me dará información sobre las opciones de intervención por parte del psicólogo en formación y otros profesionales; como también sobre el tiempo probable de tratamiento. También se nos indicó que podemos revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y nosotros, cuando lo consideremos pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para nosotros.

Comprendo que el psicólogo en formación y el psicólogo asesor se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro del bienestar de mi representado y evitando de esta manera causarle un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación o intervención, recibiremos información que nos permitirá tomar la decisión que a nuestro criterio parezca más conveniente.

También estoy enterado que el psicólogo en formación puede interrumpir la prestación del servicio en los siguientes casos:


- a) Cuando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia;
- b) Cuando mi representado en calidad de consultante rehúse la intervención del psicólogo.
- c) Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día del mes _____ del año _____, en la ciudad de _____.

Nombre (s) del (los) Acudiente (s)	
Firma (s) del (los) Acudiente (s)	C.C. No.
Nombre del Representante Legal	
Firma de representante legal (opcional, solo en casos en los cuales haya una razón justificada para que los padres no puedan firmar este documento).	C.C.
Firma del usuario (solo para mayores de siete años)	T.I. o registro civil No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación	C.C. No.
Firma del Psicólogo (a) en formación	
Nombre del Psicólogo (a) Asesor (a)	
Firma del Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. No. T.P.

Nota: El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magister en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.

Anexo C. Formato de Historia Clínica para Menores de Edad

	HISTORIA CLÍNICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 03
---	--

Fecha de recepción	Día	Mes	Año	No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO				
Datos del Usuario				
Nombres y Apellidos		Edad	Género	Documento de Identidad
Lugar y Fecha de nacimiento			Dirección de Residencia	
Estrato	No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular	
Nivel de Escolaridad	Nombre de la Institución Educativa		Ocupación	
Remitido por	Entidad (EPS)			
2. DATOS DEL ACUDIENTE				
Nombres y Apellidos		Parentesco	Edad	Estado Civil
Dirección de Residencia		No. Teléfono Residencia		No. Teléfono Celular
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO				
3.1 Motivo de Consulta				

3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

3.4 Percepción de la situación desde el adulto (Encargado/Cuidador)

3.5 Percepción de la situación desde el/la menor

3.6 Redes de apoyo del/la menor

5. HISTORIAL DE DESARROLLO			
5.1 PRENATAL			
Edad de la madre al momento del embarazo		Control Prenatal	Condición Médica General
Condiciones emocionales		Condiciones Familiares	
Observaciones Generales			
5.2 PERINATAL			
Parto a Término	Tipo	Duración	
Condiciones médicas del menor al nacer			
Observaciones Generales			
5.3 POSNATAL			
Lactancia Materna		Duración de Lactancia	
Tetero		Duración	
Observaciones del destete			

6. DESARROLLO PSICOMOTOR						
Sostén Cefálico		Voltearse		Sentarse sin ayuda	Gatear	
Primeros pasos		Caminar		Control de Esfínteres	Vesical	
Vestirse sin ayuda		Comer solo			Anal	
Observaciones del Desarrollo Psicomotor						
7. DESARROLLO DEL LENGUAJE						
Baluceo		Primeras palabra		Frases Completas		
Observaciones del Desarrollo del Lenguaje:						
8. ESCOLARIDAD						
Edad de ingreso a Institución educativa						
Descripción del proceso de adaptación:						
Rendimiento Escolar		Bueno		Regular		Deficiente
Cursos Reprobados						
Áreas de dificultad						

Relación con maestros			
Relación con pares y compañeros			
Cambios de Colegio			
Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)			
9. ANTECEDENTES MÉDICOS			
PERSONALES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
FAMILIAR ES			
Enfermedades médicas presentadas		Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas		Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos			
Patrones de sueño y alimentación			

Anexo D. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) - Pretest

CMASR-2

Cuestionario-Perfil

Cecil R. Reynolds, PhD, y Bert O. Richmond, Ed.D

Fecha: 2 de marzo de 2013

Nombre:

Edad: 12 Grado escolar: 6

Femenino Masculino

Instrucciones

Las oraciones que aparecen en este formulario dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponda a tu respuesta. Encierra en un círculo la palabra Sí si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra No si crees que no eres así. Responde a cada oración, incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti. No marques Sí y No para la misma oración. Si quieres cambiar tu respuesta, marca una X encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.

No hay respuestas correctas ni incorrectas; solo tu puedes decirnos cómo piensas y sientes con respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración, pregúntate: "¿Es cierto en mi caso?". Si es así, encierra Sí en un círculo; si no lo es, encierra el No.

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

m Manual Moderno®
D.R. © 2012 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,
almacenada en sistema alguno o transmitida por otro
medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, etcétera—
sin permiso previo por escrito de la Editorial.

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa al reverso de esta página

1. Muchas veces siento asco o náuseas.	Sí	No
2. Soy muy nervioso(a).	(Sí)	No
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	(Sí)	No
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	(Sí)	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	Sí	(No)
6. Me preocupa no agradarle a los otros.	(Sí)	No
7. Algunas veces me despierto asustado(a).	(Sí)	No
8. La gente me pone nervioso(a).	(Sí)	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	(Sí)	No
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	(Sí)	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	(Sí)	No
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	(Sí)	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	(Sí)	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	Sí	(No)
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	(Sí)	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).	Sí	(No)
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	(Sí)	No
18. Muchas cosas me dan miedo.	(Sí)	No
19. Siempre soy amable.	(Sí)	No
20. Me enojo con facilidad.	Sí	(No)
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	(Sí)	No
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	(Sí)	No
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	(Sí)	No
24. Siempre me porto bien.	(Sí)	No

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24)	2	6	3	8

0814

MTP

90-2

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

Índice de Respuestas Inconsistentes (INC)

Para calcular la puntuación del índice de Respuestas Inconsistentes (INC) seguir las instrucciones conforme se indique en el manual.

Pares de reactivos INC	Añadir a la puntuación INC
2 <u>S</u> 8 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
3 <u>S</u> 35 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
4 <u>S</u> 10 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
6 <u>S</u> 49 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
7 <u>S</u> 39 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
19 <u>S</u> 33 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
23 <u>S</u> 27 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
24 <u>S</u> 29 <u>S</u>	___ (marcar si son diferentes)
38 <u>N</u> 48 <u>S</u>	___ (marcar si son iguales)

Puntuación del índice INC 0

25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
26. Me preocupa lo que la gente piense de mí.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
27. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).	Sí	<input checked="" type="radio"/> No
28. En la escuela se burlan de mí.	Sí	<input checked="" type="radio"/> No
29. Siempre soy bueno(a).	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
30. Es muy fácil herir mis sentimientos.	Sí	<input checked="" type="radio"/> No
31. Me sudan las manos.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
33. Siempre soy agradable con todos.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
34. Me canso mucho.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
35. Me preocupa lo que va a pasar.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
36. Los demás son más felices que yo.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
37. Temó hablar en voz alta delante de un grupo.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
38. Siempre digo la verdad.	Sí	<input checked="" type="radio"/> No
39. Tengo pesadillas.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
40. A veces me enojo.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
42. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.	Sí	<input checked="" type="radio"/> No
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
44. A veces digo cosas que no debería decir.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
46. Me muevo mucho en mi asiento.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
47. Muchas personas están en mi contra.	Sí	<input checked="" type="radio"/> No
48. He dicho alguna mentira.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No
49. Me preocupa decir alguna tontería.	<input checked="" type="radio"/> Sí	No

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

NC

NC

NC

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.



Manual Moderno®
 D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24) ▶	<u>2</u>	<u>6</u>	<u>3</u>	<u>8</u>
Puntuación natural (reactivos 25-49) ▶	<u>2</u>	<u>6</u>	<u>5</u>	<u>6</u>
Puntuación natural total ▶	<u>4</u>	<u>12</u>	<u>8</u>	<u>14</u>
TOT	<u>12 + 8 + 14</u>			<u>=34</u>

CMASR-2

Perfil Femenino

Grupo social: _____

Escala para FEMENINO										Escala para FEMENINO									
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil		
>80							>80									>80			
80							80									80			
79							79									79			
78							78									78			
77							77									77			
76							76									76			
75							75									75			
>99			39	19	10		74	>99			39	19	10			74	>99		
99							73	99								73	99		
98							72									72			
97							71	98								71	98		
96							70									70			
95							69	97				37				69	97		
94							68									68			
93							67	96					18			67	96		
92							66							9		66			
91							65	95								65	95		
90							64									64			
89							63	94								63	94		
88							62									62			
87							61	93								61	93		
86							60									60			
85							59	92								59	92		
84							58									58			
83							57	91								57	91		
82							56									56			
81							55	90								55	90		
80							54									54			
79							53	89								53	89		
78							52									52			
77							51	88								51	88		
76							50									50			
75							49	87								49	87		
74							48									48			
73							47	86								47	86		
72							46									46			
71							45	85								45	85		
70							44									44			
69							43	84								43	84		
68							42									42			
67							41	83								41	83		
66							40									40			
65							39	82								39	82		
64							38									38			
63							37	81								37	81		
62							36									36			
61							35	80								35	80		
60							34									34			
59							33	79								33	79		
58							32									32			
57							31	78								31	78		
56							30									30			
55							29	77								29	77		
54							28									28			
53							27	76								27	76		
52							26									26			
51							25	75								25	75		
50							24									24			
49							23	74								23	74		
48							22									22			
47							21	73								21	73		
46							20									20			
45							19	72								19	72		
44							18									18			
43							17	71								17	71		
42							16									16			
41							15	70								15	70		
40							14									14			
39							13	69								13	69		
38							12									12			
37							11	68								11	68		
36							10									10			
35							9	67								9	67		
34							8									8			
33							7	66								7	66		
32							6									6			
31							5	65								5	65		
30							4									4			
29							3	64								3	64		
28							2									2			
27							1	63								1	63		
26							0									0			
25							<30	62								<30	62		
<2							<2									<2			

Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
Puntuación natural	4	34	12	8	14	Puntuación natural		
Puntuación T	41	64	50	64	67	Puntuación T		
Puntuación del índice INC <u>0</u> (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)								

Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
Puntuación natural	4	34	12	8	14	Puntuación natural		
Puntuación T	41	64	50	64	67	Puntuación T		
Puntuación del índice INC <u>0</u> (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)								

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

soc 67 → Preocupación de enfrentarse con otras personas.
 FIS 50 → Experimenta algunas respuestas fisiológicas asociadas a la ansiedad.
 INQ 61 → Internaliza gran parte de la ansiedad.
 TOT 64 → Tiene por lo menos algunas dificultades con la ansiedad.
 DEF 13 → Tiene validez de respuesta aleatoriamente.
 SOC 14 → Respondió sinceramente aunque intenta ser aceptada socialmente.
 Menores de 40 / Mayores de 60

Manual Moderno®
 D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 20A, Col. Hipocentros, 06100, México, D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Anexo E. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) - Postest

Pruebas pos-tratamiento.

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa al reverso de esta página

CMASR-2

Cuestionario-Perfil

Cecil R. Reynolds, PhD, y Bert O. Richmond, Ed.D

Fecha: 1 de junio de 2018

Nombre: [REDACTED]

Edad: 13 Grado escolar: 6

Femenino
 Masculino

Instrucciones

Las oraciones que aparecen en este formulario dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponda a tu respuesta. Encierra en un círculo la palabra Sí si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra No si crees que no eres así. Responde a cada oración, incluso si te resulta difícil elegir una respuesta que se aplique a ti. No marques Sí y No para la misma oración. Si quieres cambiar tu respuesta, marca una X encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.

No hay respuestas correctas ni incorrectas; sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes con respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración, pregúntate: "¿Es cierto en mi caso?". Si es así, encierra Sí en un círculo; si no lo es, encierra el No.

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.

Manual Moderno®
 D.R. © 2012 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39
 Todos los derechos reservados.
 Ninguna parte de esta publicación...

1. Muchas veces siento asco o náuseas.	Sí	No
2. Soy muy nervioso(a).	Sí	No
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	Sí	No
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	Sí	No
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	Sí	No
6. Me preocupa no agradarle a los otros.	Sí	No
7. Algunas veces me despierto asustado(a).	Sí	No
8. La gente me pone nervioso(a).	Sí	No
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	Sí	No
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	Sí	No
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	Sí	No
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	Sí	No
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	Sí	No
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	Sí	No
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	Sí	No
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).	Sí	No
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	Sí	No
18. Muchas cosas me dan miedo.	Sí	No
19. Siempre soy amable.	Sí	No
20. Me enojo con facilidad.	Sí	No
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	Sí	No
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	Sí	No
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	Sí	No
24. Siempre me porto bien.	Sí	No

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24) ▶	0	2	2	4

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

Índice de Respuestas Inconsistentes (INC)

Para calcular la puntuación del índice de Respuestas Inconsistentes (INC) seguir las instrucciones conforme se indique en el manual.

Pares de reactivos INC	Añadir a la puntuación INC
2 <u>S</u> 8 <u>N</u>	<input checked="" type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
3 <u>N</u> 35 <u>N</u>	<input type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
4 <u>S</u> 10 <u>S</u>	<input type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
6 <u>N</u> 49 <u>S</u>	<input checked="" type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
7 <u>S</u> 39 <u>S</u>	<input type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
19 <u>N</u> 33 <u>N</u>	<input type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
23 <u>S</u> 37 <u>N</u>	<input checked="" type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
24 <u>N</u> 29 <u>S</u>	<input checked="" type="checkbox"/> (marcar si son diferentes)
38 <u>N</u> 48 <u>S</u>	<input type="checkbox"/> (marcar si son iguales)

Puntuación del índice INC: 4

25. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
26. Me preocupa lo que la gente piense de mí.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
27. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a).	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
28. En la escuela se burlan de mí.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
29. Siempre soy bueno(a).	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
30. Es muy fácil herir mis sentimientos.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
31. Me sudan las manos.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
32. Me preocupa cometer errores delante de la gente.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
33. Siempre soy agradable con todos.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
34. Me canso mucho.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
35. Me preocupa lo que va a pasar.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
36. Los demás son más felices que yo.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
37. Temo hablar en voz alta delante de un grupo.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
38. Siempre digo la verdad.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
39. Tengo pesadillas.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
40. A veces me enojo.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
41. Me preocupa que durante la clase me hagan participar.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
42. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir en la noche.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
43. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
44. A veces digo cosas que no debería decir.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
45. Me preocupa que alguien me dé una golpiza.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
46. Me muevo mucho en mi asiento.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
47. Muchas personas están en mi contra.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
48. He dicho alguna mentira.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
49. Me preocupa decir alguna tontería.	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No

Nota: Este cuadernillo está impreso en rojo. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito.

Copyright © 2008 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Not to be reproduced in whole or in part without written permission. All rights reserved.



Manual Moderno®

D.R. © 2012 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

	DEF	FIS	INQ	SOC
Puntuación natural (reactivos 1-24) ▶	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>4</u>
Puntuación natural (reactivos 25-49) ▶	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
Puntuación natural total ▶	<u>2</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>8</u>
TOT	<u>5 + 5 + 8 = 18</u>			

Perfil Femenino

CMASR-2
Cecil R. Reynolds, Ph.D., and Bert O. Richmond, Ed.D.

Nombre o clave de identificación: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Grado escolar: _____

Edad 6 a 8 FEMENINO								Edad 9 a 14 FEMENINO									
Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil	Percentil	Puntuación T	DEF	TOT	FIS	INQ	SOC	Puntuación T	Percentil
>80	>80						>80	>80								>80	>80
80	80						80	80								80	80
79	79						79	79								79	79
78	78						78	78								78	78
77	77						77	77								77	77
76	76						76	76								76	76
75	75						75	75								75	75
>99	74						74	>99	>99							74	>99
99	73		39	19	10		73	99	99							73	99
	72						72									72	
98	71						71	98	98							71	98
	70						70									70	
97	69		37				69	97	97							69	97
	68						68									68	
96	67						67	96	96							67	96
	66			18		13	66	95	95						13	66	95
95	65		36		9		65	93	93					9		65	93
	64						64	92	92							64	92
93	63			17			63	90	90						12	63	90
	62		33				62	88	88							62	88
92	61						61	86	86							61	86
	60						60	84	84							60	84
84	59		9	31	16	11	59	82	82						11	59	82
	58						58	79	79						10	58	79
82	57			15	7		57	76	76					7		57	76
	56		8				56	72	72							56	72
79	55						55	69	69							55	69
	54			28			54	65	65							54	65
77	53						53	62	62							53	62
	52			13	6	8	52	58	58					6		52	58
76	51		7				51	54	54							51	54
	50						50	50	50							50	50
75	49			24			49	46	46							49	46
	48						48	42	42							48	42
74	47			11	5		47	38	38							47	38
	46		6				46	35	35							46	35
73	45				4		45	31	31							45	31
	44					5	44	28	28							44	28
72	43			9			43	24	24							43	24
	42						42	21	21							42	21
71	41		4				41	19	19							41	19
	40						40	16	16							40	16
70	39			8		4	39	14	14							39	14
	38				3		38	12	12							38	12
69	37		3		2		37	10	10							37	10
	36			6		3	36	8	8							36	8
68	35						35	7	7							35	7
	34						34	6	6							34	6
67	33		2			2	33	5	5							33	5
	32			5			32	4	4							32	4
66	31				1		31	3	3							31	3
	30		1		3	0	30	2	2							30	2
65	<2			4			<2	<2	<2							<2	<2

Puntuación natural	_____	Puntuación natural	_____
Puntuación T	_____	Puntuación T	_____
Puntuación del índice INC _____ (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)		Puntuación del índice INC _____ (valores de 6 o más indican la necesidad de una nueva investigación)	

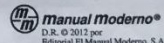
Puntuación T → Superiores a 60 → El examinado tiene por lo menos algunas dificultades con la ansiedad
Inferiores a 40 → Excepcional/libre de ansiedad

Desprender esta hoja antes de llenar el cuestionario

INC → Número de pares de reactivos a los que se dieron respuestas discordantes

Puntuación elevada ha tratado de dar una imagen positiva de sí mismo de una manera un tanto ingenua o inmadura

INQ → Puntuación elevada sugiere que el examinado está temeroso, renuoso, o que de algún modo es hipersensible a las presiones del entorno.


Manual Moderno®
 D.R. © 2012 por
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 200, Col. Hipódromo, 06100, México, D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Anexo F. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) - Pretest

Media = 50
p Altas = 75 hacia arriba
p Bajas = 25 hacia abajo

CENTILES

CDS Hoja de respuestas

N.º 122

++ Muy de acuerdo
+ De acuerdo
+/- No estoy seguro
- En desacuerdo
-- Muy en desacuerdo

Apellidos y nombre _____

Curso 6 Edad 12 Sexo F (V. o M.) Fecha 27/05/2005

Centro _____

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		++	+	+/-	-	--	PD
1...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	AA Animo-alegría 30
2...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RA Esc. pos. afectiva 33
3...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PS Problemas sociales 31
4...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE Autoestima 32
5...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PM Preocupación por la muerte 28
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC Sentimiento de culpabilidad 28
7...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DV Depresivos varios 31
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	PV Positivos varios 34
9...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	TP Total positivo 64
10...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	TD Total depresivo 183
11...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	CENTILES
12...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AA = 99
13...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RA = 99
14...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PS = 95
15...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE = 95
16...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	PM = 95
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC = 60
18...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DV = 50
19...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PV = 97
20...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TP = 99
21...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TD = 95
22...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	57...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
26...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
27...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
28...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
29...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
31...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						65...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						66...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Copyright © 1978 by A.C.E.R. Victoria (Australia)
Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptación con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A., Frey Bernardino de Sahagún, 24, 28038 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este cuestionario está impreso en tinta azul. Si se presentan uno o más ítems, es una reproducción legal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio. AG-14 UTILACE - Printed in Spain. Impreso en España por Agence Compago, Daguena, 15 dpn., 28002 MADRID - Depósito legal M-5.513-1982

Anexo G. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) - Postest

N.º 122 Pruebas pos-tratamiento

CDS Hoja de respuestas

++ Muy de acuerdo
 + De acuerdo
 +/- No estoy seguro
 - En desacuerdo
 -- Muy en desacuerdo

Apellidos y nombre: [REDACTED]
 Curso: 6 Edad: 13 Sexo: Femenino (V. o M.) Fecha: 01/06/2018
 Centro: [REDACTED]

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--		++	+	+/-	-	--	PD	
1...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	33...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	AA	22
2...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	34...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	RA	22
3...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	35...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PS	20
4...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	AE	18
5...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	37...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	PM	25
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	38...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	SC	19
7...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	39...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DV	32
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	40...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	PV	27
												TP	49
												TD	136
9...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	41...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
10...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	42...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
11...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	43...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
12...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	44...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
13...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
14...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
15...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
16...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	49...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
20...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	52...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
21...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
22...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
23...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
24...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
25...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
26...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	58...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
27...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	59...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
28...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	60...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
29...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	61...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	62...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
31...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	63...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	64...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
						65...	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
						66...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		

CENTILES

AA = 85
 RA = 70
 PS = 45
 AE = 25
 PM = 85
 SC = 15
 DV = 55
 PV = 80
 TP = 85
 TD = 50

Copyright © 1979 by A.C.E.P., Victoria (Australia).
 Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptación con permiso - Edita: TEA Ediciones, S.A. Freix
 Benabarro de Sarriena, 29, 48100 MAGNO - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los
 derechos reservados. - Este cuestionario está protegido por la ley de propiedad intelectual. Si se presentan datos en tinta negra, es
 una reproducción legal. En defecto de la protección y en el caso de uso, NO LA UTILICE. - Printed in
 Spain. Impreso en España por Adonis Camarero, S.A.

Anexo H. Desarrollo del Proceso Terapéutico por sesión

Consultante	Motivo de consulta	Número de sesión	Objetivo terapéutico	Técnica utilizada	Actividades desarrolladas en la sesión	Resultados	Observaciones
I.R.G Edad 12 años ocupación estudiante.	Consultante: La madre de la niña refiere “I. ha manifestado inconformidad de ir al colegio”. La niña también manifiesta que “me da desaliento, ganas de llorar, náuseas, dolor de cabeza y ganas de ir al baño”.	1	Conocer la problemática de la consultante relacionada con la niña mediante el proceso de la entrevista.	Entrevista.	La sesión inició con una explicación a la consultante sobre las condiciones del proceso terapéutico a seguir, luego se le entregó un consentimiento informado donde ella y la niña firmaron aceptando dichas condiciones. La consultante acude a la cita psicológica preocupada porque su hija ha estado manifestando temor y ataques de pánico cada vez que va a clases al colegio.	La madre expresó que a la edad de dos años y medio de su hija decidió llevarla a la guardería por primera vez como única alternativa para que allí la cuidaran, entretanto ella acudía al hospital donde permanecía su esposo víctima de un asalto. La madre argumenta que a partir de ese momento, la niña comenzó a sentir miedos, ataques de pánico y enuresis cada vez que debía asistir a clases, lo que dio comienzo a que la niña tomara aversión al colegio. El año anterior la niña sintió dolor de estómago, motivo por el cual los padres acudieron al médico quién manifestó que el malestar de la niña se debía a la presencia de ansiedad y estrés; los padres consideraron la posibilidad de que la niña asistiera a un colegio privado, sin embargo la	La madre ha intentado presionar a la niña para que estudie, motivo por el cual se han creado conflictos entre ellas; por otra parte el padre ha sido más flexible tratando de persuadir a su hija para que ésta asista al colegio. En una ocasión la niña se negó a ser presionada para evitar sentirse mal y manifestó a sus padres abandonarlos y no ser encontrada si regresaba al colegio.

						<p>niña no aceptó manifestando que en ese colegio como en el anterior no se sentiría bien. Entre los problemas ocasionados por la actitud de la niña frente al hecho de negarse asistir a las clases se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Atraso en su avance académico y personal. -No le gusta permanecer en grupos grandes. -Presencia de enuresis. -Celos hacia sus padres en especial con la madre. 	
		2	Continuar con la entrevista a la madre con el fin de obtener mayor información acerca de la problemática que presenta la niña.	Entrevista.	Se continuó con la exploración a la madre de la niña y se investigaron aspectos de la historia clínica, tales como percepción de la situación desde el adulto encargado y los integrantes que conforman la estructura familiar de la niña. Asimismo, se intentó indagar acerca del motivo por el cual la niña comenzó a manifestar temor y ataques de pánico cada vez que debía asistir al colegio.	La madre manifestó que mientras estuvo viviendo con la niña la situación era terrible debido a que no podía dormir tranquila, se alteraba y terminaba tratando mal a la niña, inclusive llegó a pensar que ya no la soportaba. La niña no permite que nadie le hable a la madre (especialmente varones) y no puede verla contestar el teléfono porque se enoja. Respecto a la razón por la cual la niña adquirió la aversión del ingreso al colegio, la madre presiente que se debe a un posible “abuso sexual” del pasado ocasionado por el primo de la niña, quien contaba	Por el hecho de que la niña ya se encuentra cursando el sexto grado, la terapeuta preguntó a la madre cómo se las arregló la niña para cursar los grados de primaria si tiene aversión por asistir al colegio; la madre respondió que la niña asistió a los cursos presionada, razón por la que con frecuencia la niña se enfermaba en las clases. Al comienzo del grado sexto la crisis de la niña aumentó, motivo por el cual actualmente no se encuentra estudiando. En la próxima sesión se entrevistará y aplicará

						con 14 años de edad y ésta aún era muy pequeña. Este suceso ocurrió cuando la niña se encontraba en la guardería y a partir de ese momento la niña siente, además, aversión hacia la figura masculina.	pruebas psicológicas a la niña.
		3	Dialogar con la niña y aplicarle pruebas psicológicas con el fin de obtener más información acerca de su problemática.	Entrevista a la niña. Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMASR-2). Cuestionario de depresión infantil (CDS).	Previo a la aplicación de pruebas psicológicas a la niña, se realizó una entrevista a ésta con el propósito de ampliar información relacionada con la problemática de su temor y ataques de pánico cada vez que debe asistir al colegio. Aplicación de dos pruebas psicológicas a la niña con el fin de comprobar si los síntomas presentados por ésta, corresponden o no a una posible fobia escolar, iniciando con la aplicación del cuestionario de depresión infantil (CDS) y luego con la escala de ansiedad manifiesta en niños (CMASR-2).	Durante el proceso de entrevista, la niña manifestó lo que sentía cada vez que debía asistir al colegio pasando de un estado de ánimo bajo cuando sentía tristeza al salir del colegio y llegada la noche comenzaba a llorar, hasta llegar a presentar reacciones fisiológicas como sudor en las manos, temblores y vació en el estómago; además, cuando ella era pequeña no le gustaban los ruidos fuertes porque se sentía aturdida. Luego de la entrevista, se entregó a la niña las pruebas psicológicas para aplicar, los fundamentos de cada una de las pruebas y cómo debía dar respuestas a éstas. La niña respondió cada uno de los ítems que figuraban en las pruebas psicológicas.	La niña mencionó su disgusto por realizar exposiciones en el colegio y que los profesores le preguntaran por los temas relacionados con lo visto en clase, debido al sentimiento de ésta por la posible equivocación en dar las respuestas y por consiguiente la burla de parte de sus compañeros de clase. Por otra parte, socializar no es del agrado de la niña y siente timidez cuando está en grupos pequeños o numerosos de compañeros.

		4	Indagar acerca de los problemas que está ocasionando a la niña su inasistencia al colegio.	Entrevista.	Se realizó una exploración acerca de los problemas que está presentando la niña, tanto a nivel académico como familiar, social y personal los cuales están alterando su funcionalidad, debido a la dificultad de la niña para asistir a las clases.	La niña manifestó preocupación por el nivel académico, pues su deseo es culminar el bachillerato y posteriormente hacer una carrera profesional; por otra parte, a nivel social, la niña prefiere compartir con niños que tengan menos edad que ella, pues su opinión acerca de los niños de su edad es que son muy maduros por el hecho de que están dedicados al uso del celular constantemente, detalle éste que a la niña le resulta desagradable. A nivel familiar, la niña explicó que a sus padres actualmente les ha sido difícil comprender por qué ella siente aversión a la asistencia al colegio, situación que ha creado en ellos un sentimiento de decepción. Finalmente a nivel personal, la niña manifestó sentirse insegura cuando sale a la calle, situación que antes no le había ocurrido, por tanto ella lo atribuye al hecho de que le trae recuerdos cuando paseaba fuera de casa a su mascota ya fallecida hace pocas semanas.	Respecto a la relación de la niña con sus padres, ésta manifestó sentirse bien junto a su padre, pues ella lo quiere mucho y es del gusto de la niña salir a pasear con su padre, quien por su parte le da buen trato a su hija, aunque en algunas ocasiones los pensamientos de él acerca de la aversión que su hija tiene de asistir al colegio se deben a la pereza de la niña. Por otra parte, la niña manifestó tener un sentimiento de escasa confianza hacia su madre, debido a que ésta habla con alguien constantemente por el celular y cuando la niña necesita de su atención, la madre no es accesible, por tal motivo la niña piensa en la posibilidad de que la persona con quien habla por el celular se trate de un hombre, porque si no fuera así y se tratara de alguna de sus amigas, su madre accedería para prestarle atención. Esta situación le preocupa a la niña, pues ella tiene temor de
--	--	---	--	-------------	---	--	---

							que su madre pueda dejar de quererla.
		5	Investigar acerca de otras situaciones en que la niña manifiesta síntomas de ansiedad, aparte de la idea de asistir al colegio.	Entrevista.	Se llevó a cabo la continuación con la exploración a la niña en la cual se le plantearon algunas preguntas relacionadas con otras situaciones que pueden estar generando ansiedad a la niña, aparte de la idea de tener que asistir al colegio.	Otras situaciones por las cuales la niña manifestó sentir cierta preocupación, se trata del hecho de que en cualquier momento sus seres queridos podrían fallecer, o quedarse sola cuando su abuela no está en casa (estos pensamientos le sobrevienen por unos instantes y luego ya logra sentirse tranquila porque tiene la compañía de su perrita), incluso le preocupa las vacunas que no ha hecho aplicar a su mascota.	La niña también expresó que se siente tranquila mientras está en casa, sin embargo, cuando se dirige al colegio su cuerpo comienza a temblar, siente malestar e inquietud en los pies y ganas de llorar. Asimismo, abundan sus pensamientos acerca de que algo malo le va a suceder o que mientras está sola en casa alguien llega para robarle y que a su familia pueda sucederle un accidente. La niña expresa que estos pensamientos los tiene por momentos.
		6	Entregar los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas a la niña y plantear los objetivos terapéuticos basados en dichos resultados.	Informe psicológico	Se dio a conocer a la madre de la niña los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas, los cuales se contrastaron con la información proporcionada por la madre y la niña durante el proceso de la entrevista.	Los resultados de las pruebas psicológicas obtenidos por la niña confirmaron la información que ella y la madre proporcionaron durante la entrevista, pues la niña manifestó un estado de ansiedad ante ciertas situaciones de su vida cotidiana (TOT = 64), experimentando así unas reacciones emocionales y respuestas fisiológicas como miedo, preocupación, sensación	A partir de los resultados encontrados en las pruebas psicológicas aplicadas a la niña se obtuvo el diagnóstico de 300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (Fobia social). En la próxima sesión se iniciará el proceso de intervención psicológica a la niña.

					<p>de que le falta el aire (FIS = 50). Otro aspecto a resaltar es que la niña tiende a ser una persona aislada y solitaria debido a que presenta algunas dificultades para interactuar con las demás personas (SOC = 67). Esta problemática se corrobora en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), en el que la niña obtuvo una puntuación centil de 95 en el factor relacionado con problemas sociales (PS). Finalmente, se puede observar que la niña es una persona que no suele mostrar con frecuencia alegría y felicidad en su vida (AA = 99), presenta fantasías relacionadas con la muerte (PM = 95) y una baja autoestima (AE = 95).</p> <p>Ante esto, se plantearon unos objetivos terapéuticos, los cuales fueron:</p> <p>-Disminuir las reacciones inadecuadas y el malestar emocional causado por las ideas irracionales sobre el comportamiento a través de una</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						<p>reestructuración cognitiva.</p> <p>- Lograr que la niña asista al colegio de nuevo con el fin de que continúe con su proceso académico mediante la aplicación de la técnica de exposición.</p> <p>- Conseguir que la niña interactúe con otras personas mediante la aplicación de la técnica de entrenamiento en habilidades sociales.</p> <p>- Disminuir los niveles de ansiedad en la niña utilizando la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.</p>	
		7	<p>Iniciar el proceso de intervención psicológica con la niña, a fin de modificar los pensamientos automáticos que ésta presenta mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.</p>	<p>Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Previamente a la aplicación de la primera técnica de intervención, se explicó a la madre y a su hija, el proceso terapéutico a seguir, conforme a los objetivos planteados en la sesión anterior. Se les comentó a ellas, que las técnicas a utilizar para la intervención consistían en una reestructuración cognitiva, en estrategias de</p>	<p>El proceso de intervención comenzó revisando uno de los pensamientos automáticos que la niña presenta regularmente. Este pensamiento es el siguiente: "No va a salir bien la exposición". La niña intentó dar una explicación que justificara la presencia de este tipo de pensamiento, respondiendo a cada una de las preguntas que le fueron planteadas por la terapeuta y cuestionando si realmente este</p>	<p>La terapeuta solicitó a la niña llevar un registro de pensamientos automáticos como tarea para la próxima sesión, con el fin de revisar si los pensamientos que tiene la niña, son válidos o no.</p>

					relajación, en técnicas de exposición y el entrenamiento en habilidades sociales. La primera técnica de intervención para aplicar en la niña se trata de la reestructuración cognitiva. la cual consiste en la modificación de los pensamientos automáticos mediante el planteamiento de varias preguntas que permitan a la niña cuestionarse si los pensamientos que tiene respecto a una situación son válidos o no.	pensamiento tiene alguna validez o no.	
		8	Continuar con la exploración de los pensamientos automáticos que presenta la niña a fin de modificarlos mediante la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.	Reestructuración cognitiva.	Al inicio de la sesión la terapeuta preguntó a la niña acerca de los avances experimentados hasta el momento con el proceso terapéutico realizado; luego se continuó trabajando sobre los pensamientos automáticos y se plantearon algunas pautas para que la niña las tenga en cuenta al momento de llevar a cabo una exposición, de modo	La niña manifestó sentir una leve mejoría con el proceso terapéutico realizado hasta el momento; sin embargo, aún siente que requiere de reafirmar más los pensamientos racionales de tal manera que continúe el proceso de atenuar su temor de hallarse frente a un público cuando lo requiera. Por otra parte, la niña continúa cuestionando la validez de sus pensamientos automáticos e intenta	La terapeuta de nuevo solicitó a la niña, traer el registro de pensamientos automáticos asignado como tarea en casa para su revisión en la próxima sesión. De igual manera, se pidió a la niña preparar una exposición de un tema de su libre elección para la presentación de este en una próxima sesión terapéutica.

					que disminuya su nivel de ansiedad cuando se enfrente ante un público.	modificarlos por pensamientos más racionales. Asimismo, la terapeuta y la niña establecieron pautas para que ésta última las tenga presente y consiga mejorar cuando se enfrenta a las exposiciones orales ante un público. Estas pautas se refieren a: Confianza en sí misma, preparación adecuada del material a exponer y exposición completa del tema.	
		9	Iniciar la aplicación de la técnica de relajación en la niña con el fin de reducir los niveles de ansiedad en ella y luego continuar con la exploración de sus pensamientos automáticos.	Relajación muscular progresiva de Jacobson. Reestructuración cognitiva.	Previamente a la aplicación de la técnica de relajación, se explicó a la madre y a la niña el fundamento del ejercicio, partiendo de la importancia de su utilidad en el ámbito clínico, así como en la vida cotidiana de la niña; a continuación, la meta a cumplir, las condiciones iniciales para aprender la técnica y el procedimiento a seguir con ésta. Luego, la técnica de relajación se aplicó bajo la dirección de la terapeuta y por último, se realizó la revisión del	Durante la aplicación de la técnica de relajación, la madre y la niña dirigidas por la terapeuta, trataron de seguir las instrucciones, de las que su fundamento es el de trabajar los grupos de músculos para ir tensionando y relajando cada una de las partes del cuerpo. Luego, en la revisión del autorregistro de pensamientos automáticos, se pudo observar que la niña no mostró pensamientos irracionales durante el transcurso de la semana. Todos los pensamientos ocurrían conforme a cada una de las situaciones que la niña experimentaba diariamente.	Antes de dar inicio a la sesión, la terapeuta dialogó con la madre de la niña acerca de la importancia que tiene su colaboración y su acompañamiento, así como la de los demás familiares en su rol de coterapeutas, en el proceso terapéutico de la niña, para que ésta consiga superar sus dificultades académicas y sociales. Finalmente, se pidió a la niña traer lista la exposición de un tema de su libre elección para que la presente en la próxima sesión.

					autorregistro de pensamientos automáticos asignados a la niña como tarea para la casa.		
		10	<p>Observar el desempeño de la niña durante el tiempo en que ésta lleva a cabo una exposición oral en la terapia, con el fin de conocer su sentir y en cuales aspectos requiere mejorar para futuras exposiciones.</p>	<p>Relajación muscular progresiva de Jacobson.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>	<p>Previo al inicio de la exposición oral de la niña, se practicó una vez más la técnica de relajación muscular progresiva con la madre y su hija. Luego, la niña inició su preparación para exponer frente a la terapeuta el tema previamente elegido para el desarrollo de esta actividad; finalmente se llevó a cabo una reflexión mediante preguntas acerca de cómo ha realizado la exposición y sobre qué aspectos de la exposición la niña debe mejorar.</p>	<p>Una vez que la terapeuta terminó de dirigir el ejercicio de relajación muscular, la niña dio inicio a la exposición, cuyo tema era la “cadena alimenticia”. La niña elaboró una cartelera con el contenido del tema; luego al momento de exponer realizó una lectura de la misma y después intentó explicar el tema con sus propias palabras. Cuando la niña terminó la exposición, la terapeuta le preguntó a la madre acerca del trabajo que había realizado su hija para el desarrollo de la sesión, a lo que la señora respondió que a la niña le hacía falta ser un poco más responsable con sus actividades escolares, pues según ella, la niña cuando intenta dar inicio a una tarea, por lo general no la termina bien y esta actitud no solamente la tiene con el estudio sino también en su vida personal. Por otro lado, la</p>	<p>La terapeuta recomienda a la niña que considere hacer un curso que sea de su gusto como practicar algún deporte, trabajar en una manualidad o aprender a tocar un instrumento musical, esto con el fin de que la niña comience a integrarse gradualmente en las actividades académicas y de esta manera logre superar el temor de asistir al colegio.</p>

						terapeuta también le preguntó a la niña cómo se había sentido con la exposición y ésta manifestó sentirse nerviosa y que se iban a burlar de ella.	
		11	<p>Indagar acerca de los pensamientos y sentimientos que tuvo la niña al inicio y transcurso de la realización de la exposición oral, con el fin de cuestionar e intentar modificarlos en pensamientos y sentimientos positivos.</p> <p>Proporcionar a la niña unas técnicas de estudio con el fin de que ella mejore en la elaboración de sus trabajos escolares.</p>	<p>Relajación muscular progresiva de Jacobson.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p>	<p>En esta ocasión la técnica de relajación muscular progresiva se llevó a cabo con el padre acompañado de la niña, luego de explicarle a éste el procedimiento del ejercicio. Después, la terapeuta continuó trabajando con la niña planteando a ésta algunas preguntas relacionadas con la preparación de la exposición oral y de cómo fue su sentir durante el desarrollo de esta actividad. Finalmente, la terapeuta proporcionó a la niña unas técnicas de estudio para que ella las tenga en cuenta la próxima vez que deba realizar una exposición oral o cualquier actividad escolar.</p>	<p>Cuando la terapeuta le preguntó a la niña como se había sentido con la actividad que se le había asignado, ella manifestó que no quería realizar la exposición debido a que le resultaba muy difícil la elaboración de las carteleras; luego, mientras la niña preparaba su trabajo de exposición, ésta dudaba acerca de si lo estaba haciendo bien o no; al cabo no intentó hacer algo para mejorarlo. Ante esto, la terapeuta recomendó a la niña que en el caso de realizar otros trabajos posteriores y sienta duda e inseguridad de si están bien o no, los revise y haga los cambios correspondientes, de modo que estén completos y bien organizados. De igual manera, la terapeuta proporcionó a la niña las siguientes pautas a tener en cuenta cada vez que</p>	<p>La terapeuta recomienda a la niña una vez más que considere hacer un curso que sea de su gusto, con el fin de que la niña comience a integrarse gradualmente en las actividades académicas y de esta manera logre superar el temor de asistir al colegio.</p>

						<p>deba realizar una actividad escolar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Buscar un lugar adecuado y cómodo en casa para realizar los trabajos escolares. -Tener todo el material a la mano. -Mantener la atención en los trabajos que está realizando para exponerlos en clase. 	
		12	<p>Conocer la percepción que tiene la niña frente a la idea de realizar un curso sobre alguna actividad que sea de su agrado, como el primer paso para posteriormente integrarse a los estudios escolares.</p>	<p>Relajación muscular progresiva de Jacobson.</p> <p>Técnica de exposición.</p>	<p>La sesión se inició con la aplicación de la técnica de relajación muscular, luego la terapeuta preguntó a la niña cómo se siente con la idea de iniciar un curso sobre alguna actividad que sea de su agrado; lo anterior con el fin de conocer la disponibilidad que tiene la niña para aplicarle la técnica de exposición; finalmente, se trabajó en los recursos con los cuales cuenta la niña para que adelante tanto el curso pendiente para iniciar, como en sus estudios académicos.</p>	<p>Una vez finalizado el ejercicio de relajación, la terapeuta preguntó a la niña acerca de su percepción frente a la terapia de exposición, la niña manifestó su desacuerdo con dicha terapia; por una parte, dice que le parece molesto asistir a un curso como tal, y por la otra, no tiene interés en relacionarse con las personas que también asisten al curso, pues son desconocidas para ella. Ante esto, la terapeuta explica a la niña acerca de la importancia que tiene la aplicación de la técnica de exposición, ya que le permite enfrentar la situación que más teme (asistir al colegio) de una manera adecuada y como estrategia de afrontamiento diferente a</p>	<p>Cuando la niña se encontraba explorando sus recursos, le surgió una dificultad para expresarlos, debido a que ella piensa que carece de los suficientes recursos para adelantar en sus estudios escolares; por tanto fue necesaria la ayuda de la terapeuta para que la niña lograra identificar estos recursos en ella.</p>

						la evitación. Asimismo, la terapeuta ayudó a la niña a explorar los recursos con los que ésta puede contar para sobresalir en sus estudios académicos. Recursos explorados como ser inteligente, colaboradora, atenta, divertida y buena compañera.	
		13	<p>Ofrecer a la niña pensamientos racionales con el fin de que modifique los pensamientos irracionales.</p> <p>Iniciar la aplicación de la técnica de exposición mediante el uso de la imaginación, con el fin de que la niña logre adaptarse gradualmente al ambiente escolar.</p>	<p>Relajación muscular progresiva de Jacobson.</p> <p>Reestructuración cognitiva.</p> <p>Técnica de exposición (imagería).</p>	<p>Se aplicó a la niña, una vez más, la técnica de relajación muscular progresiva, luego la terapeuta le proporcionó una lista de pensamientos racionales necesarios para modificar los pensamientos irracionales que están presentes en la niña, y finalmente, se inició la aplicación de la técnica de exposición mediante el uso de la imaginación para que la niña disminuya gradualmente su temor de asistir al colegio.</p>	<p>Luego de que la terapeuta terminara de aplicar a la niña la técnica de relajación muscular progresiva, entregó a ésta un listado de pensamientos racionales para que los tenga en cuenta y pueda apropiarse de estos gradualmente, de tal manera que comience a modificar los pensamientos irracionales. La siguiente es la lista de pensamientos racionales: “La exposición va a salir bien”, “no me voy a sentir nerviosa”, “nadie se va a burlar de mí”, “tengo conocimiento del tema a exponer”, “tengo confianza en mí misma”, “soy capaz de cumplir con mis tareas”. Luego, la terapeuta inició la aplicación de la técnica de exposición, en la que pidió a la niña cerrar los</p>	<p>La madre de la niña se ha encargado de diligenciar en el Centro de Proyección Social (CPS) un curso de actividades varias del gusto de la niña para que ésta lo lleve a cabo; la madre encontró tres opciones: un curso de cojines infantiles, bisutería y decoración de jeans; la niña eligió hacer el curso de bisutería.</p>

						ojos e intentara ubicarse mentalmente en un salón de clase, de modo que la idea de asistir de nuevo al colegio esté presente en la niña y ella conozca cómo debe actuar para no sentir temor alguno, cada vez que se encuentre en el centro educativo.	
		14	Continuar con la aplicación de la técnica de exposición mediante el uso de la imaginación.	Técnica de exposición (imagería).	La terapeuta inició la sesión preguntando a la niña acerca de su sentir de llevar a cabo el ejercicio de imaginación que trabajaron en la sesión anterior, y luego la terapeuta, de nuevo, aplicó el ejercicio de imaginación a la niña.	La niña manifestó sentirse extraña con la realización del ejercicio de imaginación, debido a que no entendía lo que sucedía en ese momento, porque ésta sentía como si fuera otra persona y no ella misma quien participaba en el ejercicio de la visualización dirigido por la terapeuta. El motivo por el cual la niña sintió esto, se debió a que la persona que entró al salón tenía una forma de ser y de actuar normal, segura y valiente, muy distinta a como la niña se percibe asimismo en realidad; por lo anterior, la terapeuta decide realizar de nuevo el ejercicio de imaginación, solo que en esta ocasión pide a la niña que sea ella quien entra al salón de clases según el ejercicio de visualización del lugar. Una vez finalizada	Para la próxima sesión se continuará trabajando con la niña en la técnica de exposición mediante el uso de la imaginación.

						la visualización y planteada la pregunta respecto al ejercicio, la niña respondió que esta vez ha sido ella quien entró al salón de clases, sintiendo la bienvenida de parte del profesor, aunque algo nerviosa por la presencia de los compañeros que llegaban al salón y el miedo a la crítica por ser nueva en el curso, sin embargo se sintió mejor cuando los compañeros la saludaron en un ambiente de compañerismo.	
		15	Continuar con la aplicación de la técnica de exposición mediante el uso de la imaginación.	Técnica de exposición (imagería).	La terapeuta continuó tratando a la niña recurriendo a los ejercicios de imaginación, aunque en esta ocasión la condujo hacia el salón de clases con el fin de que la niña se relacione con la profesora y los compañeros y se enfrente a una situación como la de exponer un tema determinado en clase, situación que la niña ha estado tratando de evitar hasta ahora.	Luego de que la terapeuta finalizara el ejercicio de imaginación, la niña manifestó sentirse desmotivada y avergonzada de tener que exponer un tema en clase; por tal motivo, ella decidió cambiar mentalmente la asignatura (sociales) indicada por la terapeuta, por otra asignatura (matemáticas) que de igual manera no es del agrado de la niña, pero que no está relacionada con el hecho de exponer un tema en clase. Por esta razón, la terapeuta decide aplicar de nuevo el ejercicio de imaginación	La terapeuta aplicará la técnica de entrenamiento en habilidades sociales a la niña en la próxima sesión.

						<p>a la niña, pero en esta ocasión le solicita que trate de permanecer en la clase indicada e intente hacer frente a la situación sin tener que cambiar de asignatura; la niña accede a la petición y permanece en la clase de sociales, sin embargo no pudo evitar sentirse nerviosa una vez más ante el hecho de exponer el tema, pensando que obtendría una calificación deficiente; pero cuando la terapeuta le indicó que la exposición sería en grupo, la niña se sintió mejor, porque ya no estaba sola con el trabajo de exposición y la calificación sería compartida con los demás compañeros.</p>	
		16	<p>Iniciar la sesión con la aplicación de la técnica de entrenamiento en habilidades sociales, con el fin de que la niña mejore su interacción con las demás personas.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales.</p>	<p>Al inicio de la sesión, la terapeuta explicó a la niña el fundamento de las habilidades sociales y las formas que tienen las personas para comunicarse entre sí. Luego, la terapeuta preguntó a la niña cómo se siente al relacionarse con otras personas y le indicó la forma adecuada de comportarse y de</p>	<p>La terapeuta explicó a la niña que las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permite al individuo interactuar y relacionarse con otras personas de manera efectiva y satisfactoria. Asimismo, expresó que existen tres formas por las cuales una persona se puede comunicar con otra, las cuales son: verbal (volumen, tono, claridad, ritmo), no</p>	<p>La terapeuta entregó a la niña un autorregistro de habilidades sociales para que lo resuelva como actividad en casa; en la próxima sesión se revisará el autorregistro resuelto.</p>

					actuar frente a los demás.	verbal (mirada, sonrisa, postura corporal, gestos, apariencia física) y conversacionales (duración, toma de turno). Luego, ante la pregunta formulada por la terapeuta, la niña manifestó que sentía timidez al interactuar con otras personas y rechaza el hecho de que las personas hablen de ella a sus espaldas. Ante esto, la terapeuta le recordó a la niña de la importancia de relacionarse con otras personas y no mantenerse aislada, pues (le explica la terapeuta) el hecho de estar en una sociedad, es natural y necesaria la interacción con las demás personas.	
		17	<p>Revisar el autorregistro de habilidades sociales designado a la niña como actividad para hacer en casa.</p> <p>Aplicar a la niña las pruebas psicológicas una vez más, con el fin de conocer su evolución luego de efectuarse la intervención psicológica.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades sociales.</p> <p>Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMASR-2).</p> <p>Cuestionario de depresión infantil (CDS).</p>	Se dio inicio a la sesión con la revisión del autorregistro de habilidades sociales que la terapeuta asignó a la niña como actividad para hacer en casa. Luego de finalizada la revisión, la terapeuta aplicó las pruebas psicológicas a la niña de nuevo, para conocer el grado de evolución que ésta ha presentado con el	El autorregistro en habilidades sociales consistió en que la niña debía anotar cinco situaciones que le hayan generado incomodidad, teniendo en cuenta el día, la hora, el lugar, con quién se encontraba y qué estaba sucediendo en ese momento. Luego, debía recordar como actuó frente a dichas situaciones y en el caso de equivocarse en su comportamiento describir	La terapeuta acordó con la madre de la niña la entrega de los resultados de las pruebas psicológicas, realizar la prevención de recaídas con la niña y el cierre de la intervención psicológica para la próxima sesión.

					tratamiento psicológico realizado.	como le gustaría haber actuado. En efecto, la niña refirió tres situaciones que le habían sucedido cuando estaba iniciando la terapia psicológica, cómo había actuado y cuál habría sido la mejor manera de comportarse frente a cada una de estas situaciones; tanto la terapeuta como la niña trabajaron en éste último aspecto solicitado en el autorregistro. Luego de la revisión, la terapeuta le entregó a la niña las pruebas psicológicas para que nuevamente respondiera a cada uno de los ítems que figuraban en las mismas pruebas.	
		18	<p>Entregar los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas aplicadas a la niña.</p> <p>Reforzar las técnicas aprendidas por la niña durante la intervención psicológica, con el fin de evitar posibles recaídas en ella.</p>	<p>Informe psicológico pos tratamiento.</p> <p>Prevención de recaídas.</p>	<p>Se dio a conocer a la madre de la niña los resultados obtenidos de las pruebas psicológicas, los cuales se contrastaron con los anteriores resultados, para verificar si la niña ha mostrado mejoría en su problemática. Luego, la terapeuta repasó con la niña, una vez más, las técnicas empleadas durante la intervención</p>	<p>Los resultados de las pruebas psicológicas obtenidos por la niña demuestran que ésta presenta una mejoría respecto al manejo de la ansiedad ante ciertas situaciones de su vida cotidiana, lo cual se evidencia en la escala de ansiedad total (TOT) con una puntuación T de 43, en comparación con la puntuación T alcanzada en la evaluación anterior que fue de (TOT = 64). Por otra parte, respecto a</p>	<p>La niña estuvo de acuerdo con la terapeuta para continuar practicando las técnicas aprendidas durante la intervención psicológica; también manifestó su intención de regresar al colegio e interactuar con sus compañeros; incluso, por ahora, la niña piensa hacer un curso en el CPS relacionado con la elaboración de cojines infantiles, y otro curso de natación para</p>

					<p>psicológica, con el fin de evitar posibles recaídas en la niña. Finalmente, se realizó el cierre del proceso terapéutico.</p>	<p>las reacciones emocionales y respuestas fisiológicas que manifestaba la niña como consecuencia de la ansiedad, disminuyeron, ya que obtuvo una puntuación T de (FIS = 33), a diferencia de la anterior puntuación T, la cual fue de (FIS = 50). Asimismo, la niña ha presentado cambios a nivel social, de modo que ya está tratando de interactuar más con otras personas, demostrando así seguridad y confianza en sí misma (SOC = 52). Esta mejoría también se puede corroborar en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), donde la niña obtuvo una puntuación centil de 45 en el factor relacionado con problemas sociales (PS) confrontado con el resultado anterior, cuyo centil fue de 95. Finalmente, se puede observar que la niña intenta ser una persona más alegre (AA = 85) y con buena autoestima (AE = 25). Luego de entregar los resultados de las pruebas psicológicas a la madre de la niña, la</p>	<p>ocuparse en una actividad mientras regresa al colegio.</p>
--	--	--	--	--	--	---	---

						<p>terapeuta dialogó con la niña acerca de las técnicas que trabajaron durante la terapia y le pidió que continuara practicándolas siempre que sea necesario como un modo de proceder para que continúe mejorando en su problemática y así prevenir posibles recaídas en la niña. Para finalizar, la terapeuta realizó el cierre de las sesiones terapéuticas solicitando a la madre y a la niña que regresen en tres semanas para realizar un seguimiento en la evolución de la niña.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

Anexo I. Resumen del tratamiento implementado según etapa y número de sesión

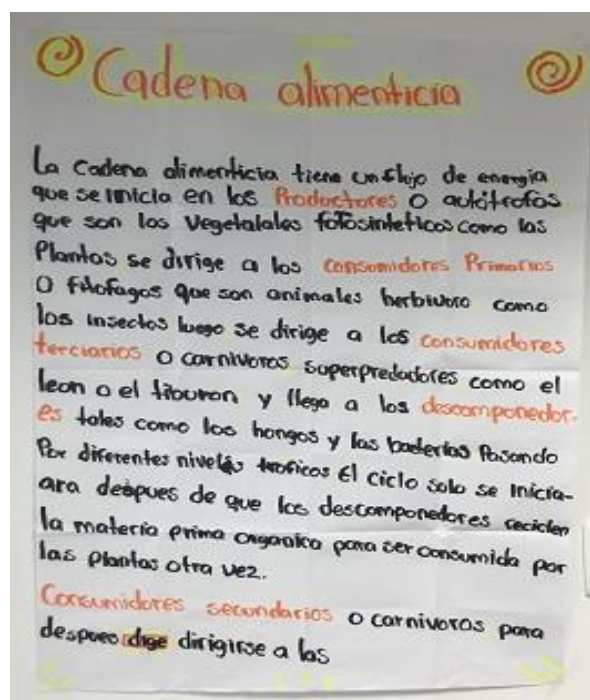
Etapa	No. de sesión	Procedimientos realizados
Primera etapa: Evaluación y diagnóstico	1 - 3	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de caso. • Consentimiento informado. • Entrevista con consultante (madre de la niña), niña. • Indagación de historia clínica. • Aplicación de los instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2). ▪ Cuestionario de Depresión para niños. (CDS).
	4-6	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis funcional. • Devolución de resultados. • Objetivos terapéuticos.
Segunda etapa: Intervención	7-13	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Cognitiva de Beck: Reestructuración Cognitiva. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnica Diálogo socrático. ▪ Modificación de pensamientos automáticos. ▪ Psicoeducación en técnicas de estudio. ▪ Aumento de la autoestima. ▪ Autorregistro: Tarea para la casa.
	9 -13	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de la ansiedad. ▪ Reducción de reacciones fisiológicas.
	12-15	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Exposición. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Técnica de exposición por imaginación. ▪ Técnica de exposición en vivo – Asistencia a un curso.
	16-17	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en Habilidades Sociales. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducación sobre el fundamento de las habilidades sociales. ▪ Autorregistro: Tarea para la casa.
	17	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de los instrumentos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2). ▪ Cuestionario de Depresión para niños (CDS).
	18	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de recaídas. • Devolución de resultados. • Generación de compromisos. • Cierre de caso.

Anexo J. Evidencias del Proceso Terapéutico

Evidencia 1. Actividad práctica en sesión.



Evidencia 2. Cartelera de exposición.



Evidencia 3. Autorregistro de pensamientos automáticos.

BECK – REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

NOMBRE _____

FECHA Y HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTO (0 - 100%)	EMOCIÓN (0 - 100%)	RESPUESTA ADAPTATIVA
21/04/18 3:30 Pm	monte bicicleta con mi primo	que iba a jugar 10%	feliz 90%	monte en bicicleta
22/04/18 3:00 Pm	fui al centro comercial con mi mamá	que me iba a distracer 30%	feliz 100%	Pasando
23/04/18 10:00 Am	Estube Preo- cupada por mi Perrita	que le Robara 90% Pasara algo malo	triste 80%	nerviosa y more
24/04/18 11:00 Am	estaba emo- cionada por una fiesta invitación	que iba a jugar 20%	Contenta 60%	busque mi ropa
25/04/18 4:00 Pm	estaba feliz por ir a hacer mercado	que iba a comer 20%	feliz 50%	Compre comida
26/04/18 9:30 Am	me tranquilice por lo de mi Perrita.	que no tenía 50% algo malo	tranquila 80%	feliz y abra- se mucho a mi Perrita

Evidencia 4. Autorregistros de habilidades sociales.

AUTORREGISTRO DE HABILIDADES SOCIALES

NOMBRE: _____

	Día y hora	Lugar	Persona con la que sentiste incomodidad	Explica la situación	¿Qué hiciste?	¿Qué te gustaría haber hecho?
Situación 1	Miércoles 30 de mayo 4:40 pm	Centro Comercial	Mama y Marcela	Estábamos bajando las escaleras y vimos a Marcela y yo me lleve a mi ma a escondernos, por que mi mama	nos escondimos	A sido enfrenteado.
Situación 2	Marzo 3 8:00 Am	Centro Comercial secretaria de educacion	Mi mama y las señoras y señores mi mama y las señoras y señores	me preguntaban cosas y no respondia y le focava a mi mama	no respondia	Aver respondio con seguridad
Situación 3	Abril 20 3:00	los troncos	mi mama mi nona el profe y la presentadora	me decian que participara y yo no iba por pena	no participaba	me gustaria aver participado
Situación 4						
Situación 5						

156

CUADRO 5.9. Hoja de autorregistro de la frecuencia diaria de diversas clases de conducta

HOJA DE AUTORREGISTRO

Nombre: _____

Semana: Lunes 23 de Julio al Domingo 29 de Julio

Días

Clases de conducta	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Iniciar conversaciones	X	X	X	X	X	X	X
Mantener conversaciones	X	X	X	X	X	X	X
Hablar en público			X		X		
Hacer cumplidos	X	X	X	X	X	X	
Aceptar cumplidos	X	X	X	X	X	X	X
Pedir favores	X	X	X	X	X	X	X
Rechazar peticiones		X				X	X
Defender los derechos							
Expresión de afecto			X	X	X		
Expresión de opiniones		X	X	X		X	
Expresión de desagrado		X		X	X		
Afrontamiento de críticas	X				X		