

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN UN CASO FOBIA SOCIAL

ISMENA YOANNA SUAREZ BALLESTEROS

ASESORA

PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

BUCARAMANGA

2019

**ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN UN CASO FOBIA
SOCIAL**

ISMENA YOANNA SUAREZ BALLESTEROS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

ASESORA

PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ESPECIALISTA PSICOLOGÍA CLÍNICA



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

BUCARAMANGA

2019

Agradecimientos

En primera instancia, agradezco infinitamente a Dios, quien me guio por el sendero de la perseverancia y la persistencia para hacerle frente a cada problema, los cuales pude tomar no como una dificultad sino como reto, que permiten fortalecerme aún más como persona, logrando una oportunidad de aprendizaje.

Gracias a mi maravillosa familia, por brindarme cada día un abrazo afectuoso que siempre me transmite amor y felicidad; también por su apoyo incondicional en este viaje lleno de aventuras, que hace parte de mi vida. Siempre me han expresado palabras sabias, que me han permitido tomar decisiones adecuadas, las cuales, siempre han aumentado la confianza en mí misma, demostrado en aquellas acciones que han contribuido considerablemente para estar donde estoy.

Gracias infinitas a mis amigos y al Fondo Perpetuo de la Educación de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días, hoy quiero expresarle mi gratitud por su apoyo, por su persuasión y persistencia, para encaminar y motivarme a la culminación exitosa de este proyecto; gracias por enseñarme a ser una mejor profesional, por forjar mi crecimiento personal, enseñándome que con esfuerzo y dedicación se logran grandes frutos.

Contenido

	Pág.
Introducción	1
1. Presentación	2
1.1 Elementos teóricos	2
1.2 Objetivos	6
1.2.1 Objetivo general	6
1.2.2 Objetivos específicos	7
1.3 Metodología	7
1.3.1 Diseño	7
1.3.2 Participantes	7
1.3.3 Instrumentos	7
<i>1.3.3.1 Consentimiento informado.</i>	7
<i>1.3.3.2 Historia clínica para niños del CPS.</i>	8
<i>1.3.3.3 Formato de seguimiento terapéutico.</i>	8
<i>1.3.3.4 Entrevista semi estructurada</i>	8
1.3.4 Instrumentos de evaluación	8
<i>1.3.4.1 Escalas De Habilidades Sociales (EHS) De Elena Gismer</i>	8
<i>1.3.4.2 Escala de afrontamiento para adolescente (ACS) en forma específica.</i>	9
2. Procedimiento	9

3. Valoración inicial en sesión	10
3.1 Evaluación y diagnóstico	10
4. Intervención	10
5. Resultados	10
5.1 Resultados de las pruebas aplicadas HS (Habilidades Sociales) pos-test y pre-test	11
5.2 Análisis de los resultados de la prueba EHS	11
5.3 Resultados de las pruebas aplicadas pos-test y pre-test en el caso clínico	12
5.4 Análisis de los resultados de la prueba ASC	12
5.5 Presentación del caso clínico	12
6. Tipología	13
6.1 Ciclo de vida	14
6.1.1 Embarazo	14
6.1.2 Infancia	14
6.1.3 Contexto académico	14
6.1.4 Social	14
7. Análisis funcional	15
7.1 Conductas problema	15
7.1.1 Elementos cognitivos	15
7.1.2 Elementos conductuales	16
7.1.3 Elementos fisiológicos	15

7.1.4 Elementos cognitivos	15
7.2 Antecedentes	15
8. Consecuentes	16
8.1 Elementos cognitivos	16
8.2 Elementos conductuales	16
8.3 Elementos fisiológicos	16
9. Formulación del caso	17
10. Hipótesis de origen	17
11. Hipótesis de mantenimiento	19
12. Impresión diagnóstica	19
13. Resultados de la intervención	22
13.1 Resultados de las pruebas aplicadas	22
14. Discusión	26
15. Conclusiones	28
16. Recomendaciones	29
Referencias	30
Anexos	33

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1. Resultados de pruebas aplicadas HS (habilidades sociales) pos-test y pre-test en el caso clínico	12
Figura 2. Resultados de pruebas aplicadas ASC (Escala de afrontamiento para adolescentes) pos-test, pre-test	12
Figura 3. Genograma del consultante	13
Figura 4. Interacciones sociales autorregistro diario	23
Figura 5. Interacciones sociales	24
Figura 6. Interacciones sociales	24

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Resultados de la escala en habilidades sociales del pre-test y pos-test	24
Tabla 2. Resultados de la escala de afrontamiento para adolescentes en forma específica del pre-test y pos-test	24

Lista de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Formato de consentimiento informado	33
Anexo 2. Formato de historia clínica para niños	35
Anexo 3. Formato de entrevista	45
Anexo 4. Formato de autorregistro	48
Anexo 5. Desarrollo del plan de intervención	49
Anexo 6. Pruebas aplicadas	53

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES EN UN CASO
FOBIA SOCIAL

AUTOR(ES): ISMENA YOANNA SUAREZ BALLESTEROS

PROGRAMA: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

RESUMEN

El presente trabajo monográfico, se efectuó en la práctica de especialización de Psicología Clínica en el Centro de Proyección Social UPB Piedecuesta, en un paciente de 13 años con diagnóstico de fobia social, en comorbilidad con un nivel elevado de emoción expresada en la familia. Se realizó 2 sesiones de evaluación, 6 de intervención y 2 de seguimiento, mediante técnicas de ensayo de la conducta, modelado, instrucciones, restructuración cognitiva, autoregistros, retroalimentación y reforzamiento y tareas para la casa. Para realizar la evaluación del caso se utilizó la Escala de Habilidades Sociales y Perfil individual de estrategia de afrontamiento. Una vez obtenidos los resultados se formuló el plan de intervención orientado a fortalecer las habilidades sociales en el contexto escolar para mejorar así la calidad de vida del consultante; al finalizar la terapia se observó la disminución de los niveles de ansiedad, así como una mejoría en su rendimiento académico y en la calidad de las relaciones interpersonales. Por lo tanto, el entrenamiento de habilidades sociales resulta efectivo en el presente caso de Ansiedad o fobia social.

PALABRAS CLAVE:

Habilidades sociales, fobia social, ansiedad social, cognitivo conductual.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN TRAINING OF SOCIAL SKILLS
IN CASE OF SOCIAL ANXIETY

AUTHOR(S): ISMENA YOANNA SUAREZ BALLESTEROS

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO

ABSTRACT

The present monographic, work was carried out in the practice of specialization of Clinical Psychology in the Center of Social Projection UPB Piedecuesta, in a patient of 13 years with diagnosis of social phobia, in comorbidity with a high level of emotion expressed in the family. Conducted 2 assessment sessions, 6 intervention sessions and 2 monitoring sessions; using behavioural testing techniques, modelling, instructions, cognitive restructuring, self-registers, feedback and reinforcement techniques and household tasks. The Social Skills Scale and the Individual Coping Strategy Profile were used to assess the case. Once the results were obtained, the intervention plan was formulated to strengthen the social skills in the school context in order to improve the quality of life of the consultant, at the end of the therapy; decreased levels of anxiety were observed. And as an improvement in their academic performance and in the quality of interpersonal relationships. Therefore, social skills training is effective in the present case of Anxiety or social phobia

KEYWORDS:

Social skills, social phobia, social anxiety, cognitive behavior.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

Este documento tiene como propósito, describir desde el modelo cognitivo conductual, el proceso de evaluación e intervención de un caso de Fobia social o Ansiedad social, basándose en el modelo de entrenamiento en habilidades sociales.

En esta medida, para poder realizar una mayor comprensión del trabajo terapéutico realizado y de los aspectos conceptuales que tuvieron trascendencia dentro del desarrollo e intervención, en el primer capítulo se permite el abordaje teórico concerniente a la ansiedad social y su epidemiología; se hablará del déficit de habilidades sociales; así como también se realizará una explicación breve por parte de diferentes teóricos, finalizando con un abordaje desde el entrenamiento en habilidades sociales para explicar este déficit.

Consecuentemente, en el segundo capítulo se hará mención del objetivo general y los objetivos específicos de la intervención. El tercer capítulo corresponderá al método; se expondrá en el diseño seleccionado, instrumentos utilizados, participantes y procedimiento. El cuarto capítulo estará enfocado en la descripción de los resultados obtenidos de la intervención, además de la formulación del caso e hipótesis de origen y mantenimiento. Para el quinto capítulo se encontrarán la discusión y conclusiones, finalmente se expondrán las referencias pertinentes y anexos.

1. Presentación

1.1 Elementos teóricos

La fobia social o ansiedad social, se define como un estado que proviene de la expectativa o presencia de la evaluación interpersonal, en lugares sociales imaginados o reales. Es el resultado emocional de complejas respuestas ambientales y de componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos (Emery & Greenberg, 1985 citado en Toro, 2012). Este trastorno produce un deterioro personal significativo, derivado de la constante preocupación del paciente respecto a cómo está siendo percibido y evaluado por los demás (Leary 1983, citado por Caballo, 2005).

Según Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares (2014) si bien la falta de asertividad provoca la ansiedad social, la presencia del trastorno puede a su vez generar una pobre actuación en situaciones sociales, derivada del bloqueo emocional de las habilidades sociales. Por otra parte, en términos cognitivos, las emociones negativas, la sensación de inadecuación y el avergonzamiento, se enfocan hacia las situaciones sociales y hacen que el paciente perciba su entorno como hostil y amenazante (Hofmann & Barlow, 2002). Esto ocasiona conductas automáticas tales como perfeccionismo, retroalimentación social negativa y rumiación de cogniciones interpersonales (Nepon, Flett, Hewitt & Molnar, 2011).

En este orden de ideas, las habilidades son:

“Las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Lo anterior, hace referencia a ese conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad.

Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas" (Monjas, 2000 p. 28).

Por otra parte, Alberti y Emmons (1978) citados por Camacho y Camacho (2005) refieren que la habilidad social "permite a una persona actuar en base a sus intereses más importantes, defenderse sin ansiedad inapropiada, expresar cómodamente sentimientos honestos o ejercer los derechos personales sin negar los derechos de los demás" (p.2). En otras palabras, es lo que contribuye para que los seres humanos puedan relacionarse de una forma adaptativa con el entorno y con los demás.

Es así como a través de este bagaje de cualidades interpersonales se puede establecer una forma particular de desarrollarse en el medio, a través de dichas habilidades sociales. Para Caballo (2007) ese conjunto de conductas permite al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal de un modo adecuado. Generalmente, posibilitan la resolución de problemas inmediatos y la disminución de problemas futuros.

En esta medida, Caballo (2005) añade que la conducta socialmente habilidosa es:

" El conjunto de condiciones emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas" (p.6).

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede llegar a inferir la estrecha relación existente entre las habilidades sociales y el concepto de competencias psicosociales, es decir, la capacidad del individuo para enfrentarse exitosamente a las exigencias y desafíos de la vida diaria.

Ginzburg (2012) puntualiza que las habilidades para la vida son destrezas que les facilitan a las personas aprender a vivir. Con base en lo anterior, se clarifica la importancia del desarrollo de las habilidades sociales para responder de forma asertiva y positiva a las exigencias del medio. Es así, que se destaca fundamentalmente establecer a nivel terapéutico un enfoque basado en las habilidades sociales, proveyendo de una base teórica robusta para el diseño y la implementación de programas de intervención en población adolescente, cuyo propósito sea el desarrollo de habilidades socio cognitivas, para que el adolescente enfrente en forma efectiva los retos de la vida (Mangrullar, Vince & Posner, 2001; Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando & Pertegal, 2010).

Con relación a la infancia, la conformación de las habilidades sociales está ampliamente vinculada al grupo primario y a las figuras de apego. Así, por ejemplo, durante la etapa preescolar estas destrezas están centradas en el aprendizaje de normas y modelos de relación con pares y adultos, principalmente en el contexto familiar. En estos años, la actividad lúdica es el principal dispositivo para la adquisición y práctica de comportamientos sociales satisfactorios (Lacunzi & Contini, 2011).

Ahora bien, en la etapa de la adolescencia, el papel de las habilidades sociales es fundamental para el acercamiento a pares, la conformación de la pareja y la participación en diversos grupos (Lacunzo & Contini, 2011). Teniendo en cuenta que en dicha etapa se da apertura para la estructuración y clarificación de su identidad, el joven va adaptando a su

personalidad, habilidades y elementos que considere fundamentales para sus relaciones interpersonales.

Del mismo modo, en dicho proceso de descubrimiento personal, el joven tiende a su vez a identificar sus falencias en sus habilidades las cuales procuran ser omitidas para su fortalecimiento, estableciendo un patrón conductual individual frente a sus relaciones interpersonales, formando el conjunto de sus competencias sociales. De esta manera se influye en la percepción que el adolescente tiene de sí, de los otros y de la realidad (Lacunzi & Contini, 2011).

En esta medida, para el desarrollo adecuado de las habilidades sociales y su respectivo fortalecimiento, varios autores especializados en el tema han logrado una estructura de entrenamiento basado en técnicas de las habilidades sociales. Tal es el caso de Caballo (2007) quien señala y establece que existen para la potencialización y entrenamiento de las habilidades, técnicas que incluyen los autoregistros, el ensayo de la conducta, el modelado, la retroalimentación, los programas de reforzamiento, las tareas y técnicas específicas para el manejo de ansiedad.

En concordancia con lo anterior, cada una de estas técnicas cumple un papel fundamental en dicho entrenamiento, de manera tal, que la implementación de los autoregistros es un método que ayuda a monitorear y registrar las conductas del consultante, tanto de manera pública como encubierta; el ensayo de la conducta, es una técnica cuya finalidad es aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas, proporcionando al consultante maneras apropiadas y eficaces de afrontar situaciones reales, que son consideradas como problemáticas para ellos; las técnicas de modelado permiten al consultante ejecutar

correctamente la conducta, siendo este el objetivo del entrenamiento lo que permite el aprendizaje de nuevas acciones; la retroalimentación y el reforzamiento de adquisición de nuevas conductas, recompensando las proximas y las tareas para la casa que se caracterizan por monitorear la conducta de los consultantes, registrando el nivel de ansiedad en situaciones determinadas. Finalmente, se emplean las técnicas para el manejo de la ansiedad para eventos específicos en los que los síntomas de la ansiedad interfieren con el desempeño de las habilidades (Caballo 2007).

Teniendo en cuenta el contexto anteriormente presentado, se comprende que el entrenamiento en habilidades sociales se utilice en el tratamiento de diferentes problemas psicológicos (Caballo, Salazar & Irurtia 2012). En cuanto a la ansiedad social, la evidencia ha demostrado que su uso se focaliza en el reconcimiento de la respuesta a la amenaza percibida de la evaluación por los demás, antes, durante o después de situaciones sociales (Wong & Rapee 2015). Olivares-Olivares (2019) halló que las intervenciones psicológicas que incluyen entrenamiento en habilidades sociales son efectivas para la disminución de los eventos o situaciones sociales que son temidas por los pacientes. Similarmente, el ensayo clínico de Beidel, Alfano, Kofler, Rao, Scharfstein y Wong (2014) que el entrenamiento en habilidades sociales reduce efectivamente los niveles de estrés, ansiedad y las conductas de evitación.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Implementar un plan de tratamiento a través de técnicas o estrategias terapéuticas con enfoque cognitivo conductual para un caso de ansiedad o fobia social.

1.2.2 Objetivos específicos

Diseñar un plan de intervención con base en las técnicas de entrenamiento y adquisición de habilidades sociales, para el abordaje de las conductas problema de la consultante.

Ejecutar el plan de intervención diseñado en función del entrenamiento y adquisición de habilidades sociales.

Evaluar los resultados del proceso terapéutico en relación con los objetivos propuesto al inicio de la intervención establecida.

1.3 Metodología

1.3.1 Diseño

Diseño de caso único ABC dividido en tres fases: una primera fase (A) de evaluación, una segunda fase (B) de intervención y fase final (C) de retirada y evaluación de la terapia.

1.3.2 Participantes

Del total de la muestra atendida, se procedió a la selección del consultante siguiendo criterios de inclusión, relacionados al número de sesiones realizadas, disponibilidad de tiempo y evolución de sintomatología. Puntualmente, en este trabajo se describe el proceso de intervención de un caso único de ansiedad o fobia social de un adolescente.

1.3.3 Instrumentos de registro

1.3.3.1 Consentimiento informado.

Se utilizó el formato de consentimiento informado disponible en el Centro de Proyección Social, el cual cumple con los lineamientos requeridos por la Ley 1090 de 2006, en cuanto a las disposiciones generales del artículo 2, en el numeral 9 respecto de la investigación con humanos en Colombia (Ministerio de la protección social, 2006) (ver anexo 1).

1.3.3.2 Historia clínica para niños del CPS.

Los datos del consultante fueron registrados en la historia clínica para menores de edad del el Centro de Proyección social de Piedecuesta (ver anexo 2).

1.3.3.3 Formato de seguimiento terapéutico.

Se diligenció el formato de seguimiento terapéutico del Centro de Proyección Social para registrar el avance del proceso terapéutico.

1.3.3.4 Entrevista semi estructurada

Se utilizó como técnica de recolección de datos una entrevista semiestructurada basándose en las sugerencias de Pantoja y Plasencia (2017) según las cuales, deben llevarse a cabo preguntas que permitan obtener datos más profundos sobre la problemática abordada en consulta.

1.3.4 Instrumentos de evaluación

1.3.4.1 Escalas de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000)

Uno de los instrumentos aplicados a la consultante fue el EHS, que en su versión definitiva, está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, cabe mencionar una buena fiabilidad del instrumento, un ajuste adecuado del modelo a los datos y una adecuada validez discriminante (Gismero 2000).

1.3.4.2 Escala de afrontamiento para adolescente (ACS) en forma específica.

Nombre original: Adolescent Coping Scale (Frydenberg & Raimon, 2000). El ACS forma específica es un inventario de auto informe compuesto de 80 elementos, 79 cerrado y uno final abierto, que permite evaluar con fiabilidad 18 estrategias de afrontamiento diferentes que se han identificado conceptual y empíricamente. Los 79 elementos cerrados se puntúan mediante una escala de tipo Likert de cinco puntos, es tanto un instrumento de investigación como de terapia y orientación, que permite a los jóvenes examinar sus propias conductas de afrontamiento. Puede ser usado por psicólogos, consejeros, educadores y otros profesionales para obtener información sobre cómo actúan los adolescentes en diversas situaciones.

2. Procedimiento

Se realizó una intervención psicológica desde el enfoque cognitivo conductual (TCC), asistiendo el consultante a 10 sesiones de duración de 50 minutos cada una, con frecuencia semanal, donde se llevó a cabo, evaluación, intervención y cierre terapéutico. El proceso terapéutico se ejecutó en tres etapas: la fase de evaluación tuvo lugar durante dos sesiones, en donde se procedió a realizar la entrevista clínica tanto al consultante como a su familiar, también se realizó el diligenciamiento de consentimiento informado e historia clínica. Adicionalmente, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados y su respectiva calificación. La segunda fase, fue la intervención, que tuvo lugar en 6 sesiones. Finalmente, se realizó la evaluación del proceso terapéutico en dos sesiones.

3. Valoración inicial en sesión

3.1 Evaluación y diagnóstico

En la primera sesión se realizó la recepción del caso y se acordó una cita para la evaluación de los problemas de la consultante. En las sesiones dos y tres, se realizó la entrevista y la aplicación de los instrumentos: Escalas De Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000); Escala De Afrontamiento Para Adolescente forma general específica (ACS) (Frydenberg & Ramón, 2000).

4. Intervención

Al inicio de la sesión, se llevó a cabo la devolución de los resultados de las pruebas y con base en ello, se explicó a la consultante y a la familia el diagnóstico psicológico. Adicionalmente se informó a la consultante que durante el proceso terapéutico se establecía como objetivo, que ella fuera capaz de reconocer y desarrollar habilidades que le permitieran ser competitiva en su área educativa, facilitándole sus procesos de aprendizaje, las relaciones interpersonales y la resolución de problemas. Luego de esto, se explicó el proceso de intervención y las actividades que se realizarían en cada sesión y se programaron las citas correspondientes. El proceso de intervención se basó en el entrenamiento en habilidades sociales incluyendo técnicas de modelado, psicoeducación y regulación emocional (ver anexo 5).

5. Resultados de pruebas aplicadas

5.2 Análisis de los resultados de la prueba EHS

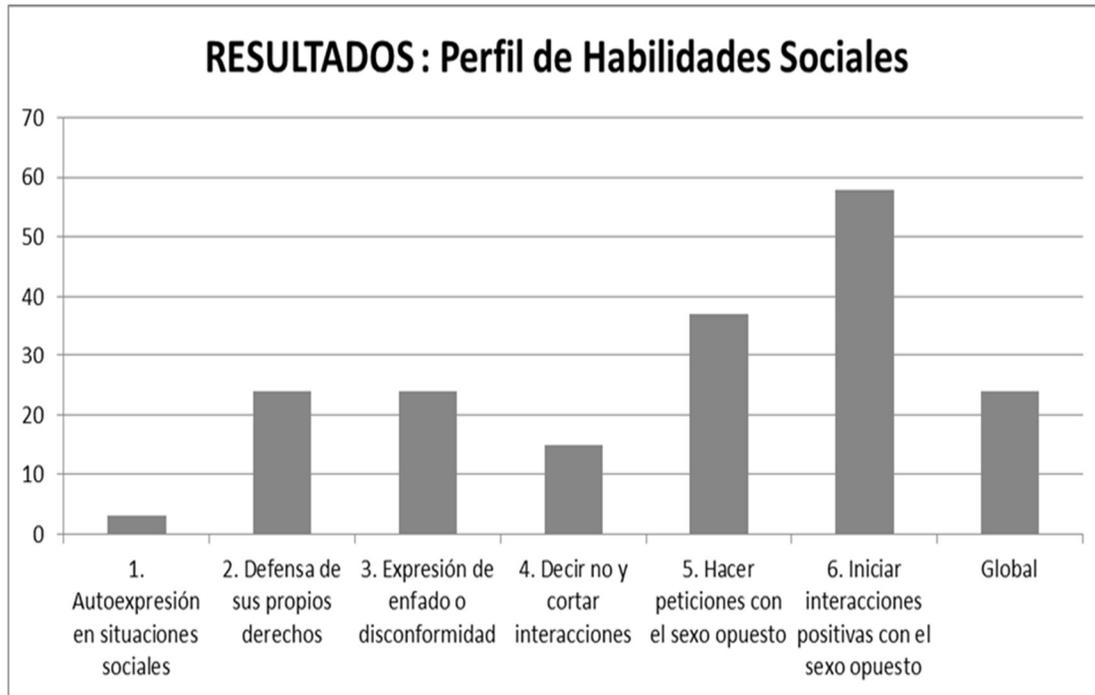


Figura 1. Resultados en la Escala de Habilidades Sociales en la evaluación inicial.

Se encontraron puntuaciones bajas en cuanto a habilidades sociales como: Defensa de los propios derechos, Autoexpresión en situaciones sociales, Decir no y cortar interacciones, puntuando por debajo del nivel HS, con una puntuación global (24).

5.4 Análisis de los resultados de la prueba ASC

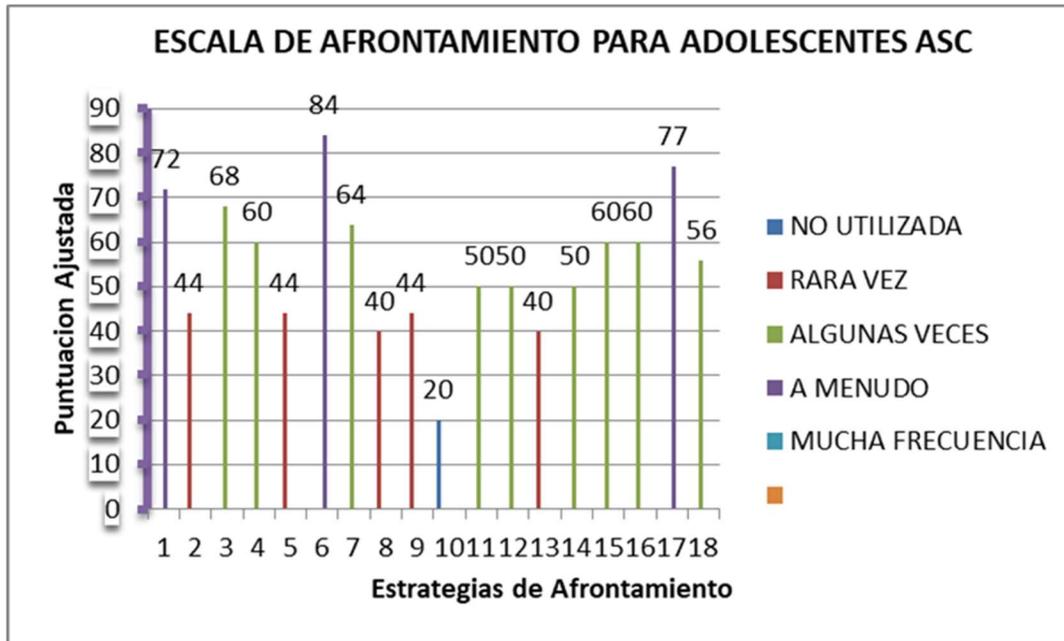


Figura 2. Resultados de pruebas aplicadas ASC (Escala de afrontamiento para adolescentes) en la primera evaluación.

Se halló que la consultante presentó bajas puntuaciones en las estrategias de afrontamiento: Acción social (So), concentrarse en resolver el problema (Rp), Invertir en amigos íntimos (Ai), afrontamiento (Na), y Reservarlo para sí (Re).

5.5 Presentación del caso clínico

Formulación del caso

Datos sociodemográficos:

Nombre: D.L.N

Fecha de Nacimiento: 26 de abril del 2015

Edad: 13 años

Sexo: Femenino

Lugar de nacimiento: Bucaramanga

Ocupación: Estudiante

Tipología familiar: Familia nuclear

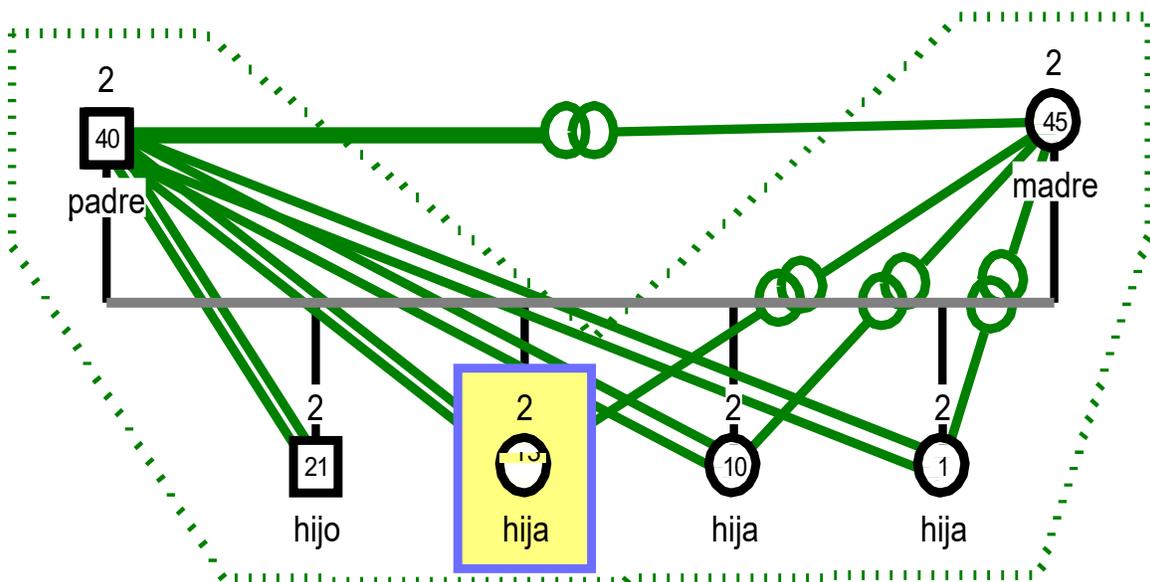


Figura 3. Genograma del consultante

6. Tipología

Familia nuclear conformada por los dos padres y 4 hijos, con un modelo de crianza permisiva debido al diagnóstico médico al nacer; padre músico de profesión, relación con la consultante estrecha sobreprotectora, madre ama de casa, relación amorosa con la consultante, relaciones interpersonales son estables en su entorno familiar, relación adaptativa con hermanos.

Existe dificultad por parte de la consultante al momento de relacionarse con sus padres y responsabilidades escolares; adicionalmente establecen hábitos de estudios durante la crianza,

por lo que refiere no sentirse capaz de exponer y sobre llevar las tareas del colegio; por su parte, sus familiares reconocen que debido a la dinámica familiar, la consultante tiene comportamientos poco adaptativos.

6.1 Ciclo de vida

6.1.1 Embarazo

La madre manifiesta que durante el embarazo no presentó ninguna novedad, sin embargo al nacer, la consultante es diagnosticada con el síndrome de McCune-Albright (Pitarch, Laguna, Martín, Febrer & De Miquel, 2009)

6.1.2 Infancia

Refiere la madre, que en este periodo se manifestaron todos los síntomas de la enfermedad médica, como manchas, displasia de cadera y esclerosis, esto hizo que su infancia estuviera rodeada de médicos, exámenes, medicamentos y cuidados en su casa, por lo que la dinámica del hogar cambio y se tornó hacia la consultante.

6.1.3 Contexto académico

La consultante cursa noveno grado, los anteriores años trascurrieron sin dificultades. Al inicio de noveno de secundaria todo cambia por pasar a otra jornada e inicia los síntomas de ansiedad social tales como: timidez, angustia, sudoración, temblores, aislamiento y negatividad para regresar a estudiar.

6.1.4 Social

Se considera persona social en contextos específicos familiares; adopta actitud de timidez ante situaciones académicas y de relaciones interpersonales

7. Análisis funcional

7.1 Conductas problema

7.1.1 Elementos cognitivos

Pensamientos anticipatorios catastrofistas, concernientes a bloqueos verbales en el contexto escolar, lo que genera a su vez pensamientos de ansiedad y estrés.

7.1.2 Elementos conductuales

Se crea un patrón de conductas, basadas en evitación de situaciones académicas, lo que genera un deterioro en la calidad de las relaciones interpersonales, negativa de volver a estudiar, evitación de cualquier contacto de sus pares y docentes del colegio.

7.1.3 Elementos fisiológicos

Síntomas de ansiedad anticipatoria, sudoración, palpitaciones, tensión muscular, temblores, ahogos y sensación de temor.

7.2 Antecedentes

Según caballo (2007) existen muchos factores, desde los ambientales, fisiológicos, biológicos, culturales, condiciones médicas que alteran el desarrollo de las habilidades, dicho esto, en la consultante existe el componente o factor de enfermedad médica. También, se observó un estilo de crianza permisivo y de sobreprotección, lo que termina siendo contra productivo para el idóneo desarrollo personal y social.

8. Consecuentes

8.1 Elementos cognitivos

Pensamientos desagradables o de ansiedad anticipatoria, sentimientos de inseguridad, inferioridad, desvalorización, culpa y sentimientos depresivos.

8.2 Elementos conductuales

Disminución de toda actividad conductual fuera de casa, conductas de evitación en aquellas situaciones que implican relaciones sociales escolares.

8.3 Elementos fisiológicos

Respuestas desagradables vegetativas, ahogos, sudoración, temblores.

9. Formulación del caso

La consultante presentaba un rechazo persistente asociado a situaciones sociales específicas, particularmente en el contexto escolar (exposiciones, trabajos en grupo, actividades grupales de recreación, reuniones, competencias escolares, etc.). El rechazo se acompañaba de ansiedad anticipatoria, incluyendo componentes cognitivos (preocupaciones sobre la posibilidad de ser rechazada o de afectar sus relaciones interpersonales con sus pares y con docentes) y componentes vegetativos (sensación de ahogo, diaforesis, temblor y parestesias). Desde un punto de vista conceptual, el “rechazo” puede entenderse como una conducta de evitación reforzada de manera negativa por la disminución de la ansiedad y de los pensamientos desagradables que se presentaban cuando la consultante debía enfrentarse con situaciones sociales. Sin embargo, también, se comprende que, en largo plazo, las conductas de evitación y escape tuvieron

consecuencias desagradables para la menor, dado que su rendimiento académico se vio afectado, así como su relación con su familia. También, derivado de esta situación, la consultante percibía poca autoeficacia personal, pues tal y como mencionan Oyarzún, Estrada, Ospino y Oyarzun (2012) las relaciones interpersonales escolares en los adolescentes son un factor que contribuye a la adaptación y a la sensación de bienestar, de modo que, al tener dificultades para establecer estos lazos, la consultante se privaba del reforzamiento social (Bernier, Larose & Whipple, 2005). Según Contini, Lacunza, Medina, Álvarez, Gonzales y Coria (2012) cada persona experimenta la necesidad de pertenecer a algún contexto y establecer vínculos sociales satisfactorios, por esa razón el aislamiento se relaciona con un déficit en las relaciones interpersonales.

10. Hipótesis de origen

El período de infancia de la consultante marcó de manera significativa las pautas de crianza, modelos, valores y roles, ya que estos le ocasionaron dificultades en el manejo y resolución de conflictos, habilidades sociales adaptativas, la regulación emocional, todo esto relacionado con el diagnóstico al nacer. Según Mestre, Tur, Samper, Nacher y Cortes (2007) las relaciones del padre y la madre, así como su trato con sus hijos, son cruciales para el desarrollo de la crianza, la disponibilidad y grado de apoyo que percibe el adolescente para la generación de una buena comunicación, apoyo emocional y promoción de las habilidades sociales. Por esto se considera que la actitud de sobreprotección por parte de los padres es uno de los factores fundamentales explicativos del origen del déficit en las habilidades sociales presentadas por la consultante.

García, Ramírez y Lima (1998), quienes estudiaron la relación presente entre las prácticas educativas familiares y la construcción de valores en familia, encontraron que aquellos niños con padres autoritarios asumen y aceptan las demandas de manera sumisa. Los padres permisivos generan una comunicación unidireccional y poco efectiva; de esta manera, los estilos de interacción familiar se relacionan con la empatía y el auto concepto, pero también con la agresividad, la inestabilidad emocional y la ira.

De esta forma, los padres que generan ambientes sociales novedosos y diversos, de estructura más cohesionada, propician el aprendizaje de repertorios sociales y disminuyen los temores sociales iniciales. Por el contrario, los padres estrictos, inhibidos y retraídos, con estilos más disciplinados y sin orientación, limitan a sus hijos e hijas en su aproximación a situaciones sociales. Así, los niños y las niñas aprenden repertorios de habilidades sociales insuficientes, y respuestas de inhibición o de evitación (Monjas, 2000).

Así mismo Lacunza y Contini (2009) relacionaron el desarrollo de las habilidades sociales, que está estrechamente vinculado a las adquisiciones evolutivas. Si bien en la primera infancia las habilidades para iniciar y mantener una situación de juego son esenciales, a medida que el niño avanza en edad, son destacadas las habilidades verbales y las de interacción con pares.

Semrud-Clikeman (2007) sostiene que la integración del niño al ámbito escolar constituye una segunda socialización. La educación se produce en un contexto social, con sus características propias, donde los comportamientos sociales de los alumnos, de los maestros y la interacción entre ambos resultan de una primordial importancia para el proceso educativo como para el desarrollo de la competencia social infantil.

Por su parte, Zabala y Berbena (2008) explican que las habilidades sociales juegan un papel muy importante para la aceptación social del adolescente. La aceptación social es una condición personal de un sujeto, respecto a un grupo de referencia; en el caso de los adolescentes, esta condición se relaciona con las habilidades de liderazgo, popularidad, compañerismo, jovialidad, respeto, entre otras.

11. Hipótesis de mantenimiento

La conducta de la paciente va asociada a estilos de crianza permisivos, como consecuencias de su enfermedad médica, la cual se caracterizó por un apego infantil desorganizado; las habilidades sociales se van aprendiendo al inicio de las primeras etapas de crecimiento, Lacunza y Contini (2009) esto hizo que no hubiera un reforzamiento en la etapa de la adolescencia en situaciones interpersonales, afectando las tres dimensiones de las habilidades sociales; según Caballo 2007 existen tres dimensiones globales:

1. Dimensión conductual, no tiene capacidad para expresar sentimientos positivos o negativos a sus pares, con una escasa comunicación asertiva hacia los demás sin satisfacer sus propios derechos, necesidades y obligaciones con el colegio.
2. Dimensión Personal, en situaciones y ambientes que evita porque no le son familiares, en donde los cambios de jornada exacerbaron esta dimensión, la capacidad de resolver o enfrentar problemas le imposibilita su desarrollo en el aula de clase.
3. Dimensión Fisiológica, enfermedad de origen sin medicación

12. Impresión diagnóstica y sintomatología asociada

Como resultado de la evaluación se logró identificar que la consultante cumple con criterios diagnósticos del DSM-5 300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (Fobia social) especificar si: Solo actuación.

Este diagnóstico se determina según síntomas; negativa a ir a la escuela, evitación debido al miedo, juzgado negativamente por los demás y no a separarse de las figuras de apego, situaciones escolares le generan ansiedad intensa, palpitaciones y sudoración ante la exposición al público.

La característica principal del trastorno de ansiedad social es el miedo intenso asociada a las situaciones sociales en las que se puedan realizar análisis de los demás hacia el individuo. En los niños, este aspectos se da en las interacciones con sus pares (Criterio A); El individuo teme mostrar síntomas de ansiedad que pueden ser evaluados negativamente por los demás (criterio 13) o puede existir temor a ofender a los demás y que puedan ser rechazados.

Las situaciones sociales provocan ansiedad (criterio C); no obstante, cuando las situaciones se soportan es a costa de una intensa ansiedad o malestar (criterio D); el miedo o la ansiedad es desproporcional al riesgo real de la situación (criterio E); El miedo, la ansiedad y la evitación afectan sus actividades cotidianas y su rutina académica causando deterioro en sus áreas sociales (criterio G).

Las consecuencias sociales dela fobia social por lo general están asociadas al abandono escolar y deserción así como a algunas alteraciones del bienestar y la calidad de vida. Este trastorno también llega a impedir el desarrollo de las actividades de ocio.

El trastorno de ansiedad social (Fobia Social) tiene un diagnóstico diferencial con los siguientes trastornos: Agorafobia (temor a evitar situaciones sociales cuando sienten dificultad para escaparse en caso de presentar síntomas similares al pánico), trastorno de pánico (las preocupaciones se asocian exclusivamente a las crisis de pánico), trastorno de ansiedad generalizada (la preocupación social es por la naturaleza de las relaciones existentes), trastorno de ansiedad por separación (pueden evitar los entornos sociales porque les preocupa la separación de la figura de apego), fobias específicas (muestran temor a la vergüenza o humillación), mutismo selectivo (no hablan por miedo a la evaluación negativa pero no tienen miedo en las situaciones sociales en las que no se requiere hablar), trastorno depresivo mayor (el miedo se asocia a que sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos), trastorno dismórfico corporal (su miedo social son causados por sus creencias sobre su apariencia), trastorno delirante (son delirios o alucinaciones de rechazo u ofensa a los demás), trastorno del espectro autista (la ansiedad social son características del trastorno), trastorno de la personalidad (los individuos con trastorno de la personalidad evitativas tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con trastorno de ansiedad social), otras condiciones médicas (las enfermedades médicas pueden generar síntomas embarazosos pero cuando la evaluación del miedo es excesiva se debe considerar el diagnóstico de trastorno de ansiedad social), trastorno negativista desafiante (existe negativa a hablar debido a una oposición hacia la figura de autoridad y no por la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa).

El trastorno de ansiedad social por lo general es comorbido con otros trastornos de ansiedad, con el trastorno depresivo mayor y con trastornos por consumo de sustancias, por lo general el trastorno precede a los otros trastornos, a excepción de las fobias específicas y la ansiedad por separación.

13. Resultados de la intervención

A continuación, se presenta los resultados y el efecto de la intervención; se logró modificar pensamiento irracional y se evidenció una disminución de sintomatología ansiosa en la consultante. Por otra parte, se resalta la importancia que tuvo la terapia cognitivo conductual en todo el proceso terapéutico ya que permitió disminuir y modificar conductas y pensamientos irracionales.

En el entrenamiento se logró que la consultante asistir al colegio en horario establecido, y permanecer la jornada completa.

Para realizar este seguimiento se realizó un autorregistro del número de interacciones sociales en donde la consultante lo diligenciaba diariamente y se podía observar situaciones o problemáticas de la conducta que manifestaba en algunas ocasiones, produciendo un incremento o una disminución de esta, la función del autorregistro es registrar el cambio de conducta objetivo y como funciona en la autoobservación. Figuras 4, 5, 6, se hace una descripción de las conductas en situaciones sociales específicas en que el suceso se puede presentar.

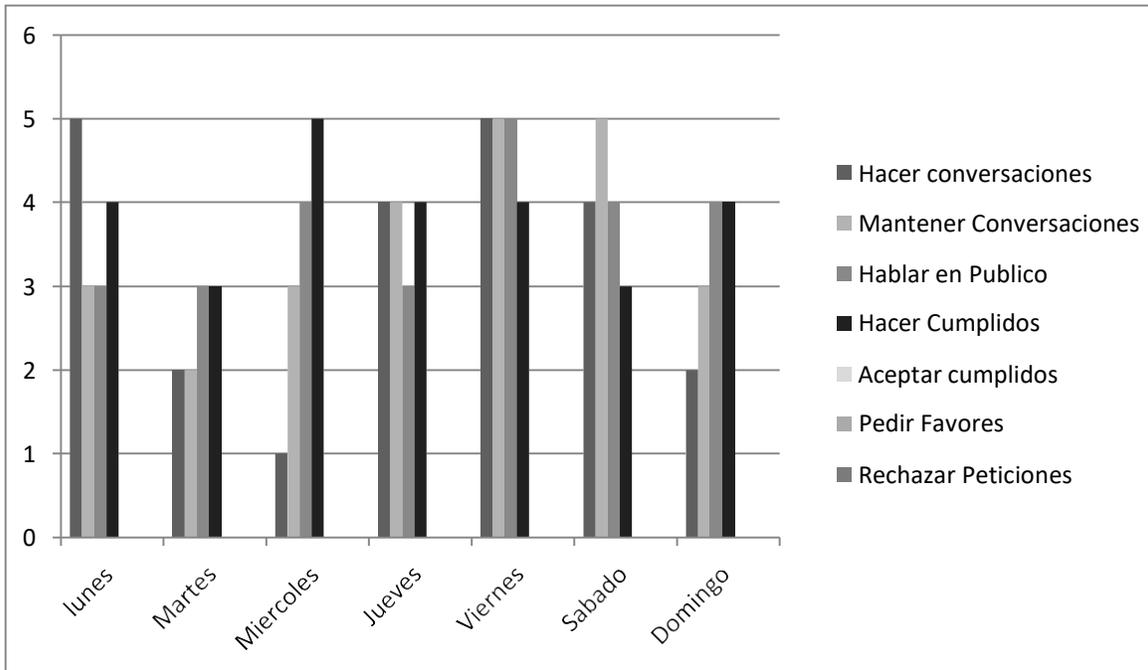


Figura 4. Interacciones sociales autorregistro diario

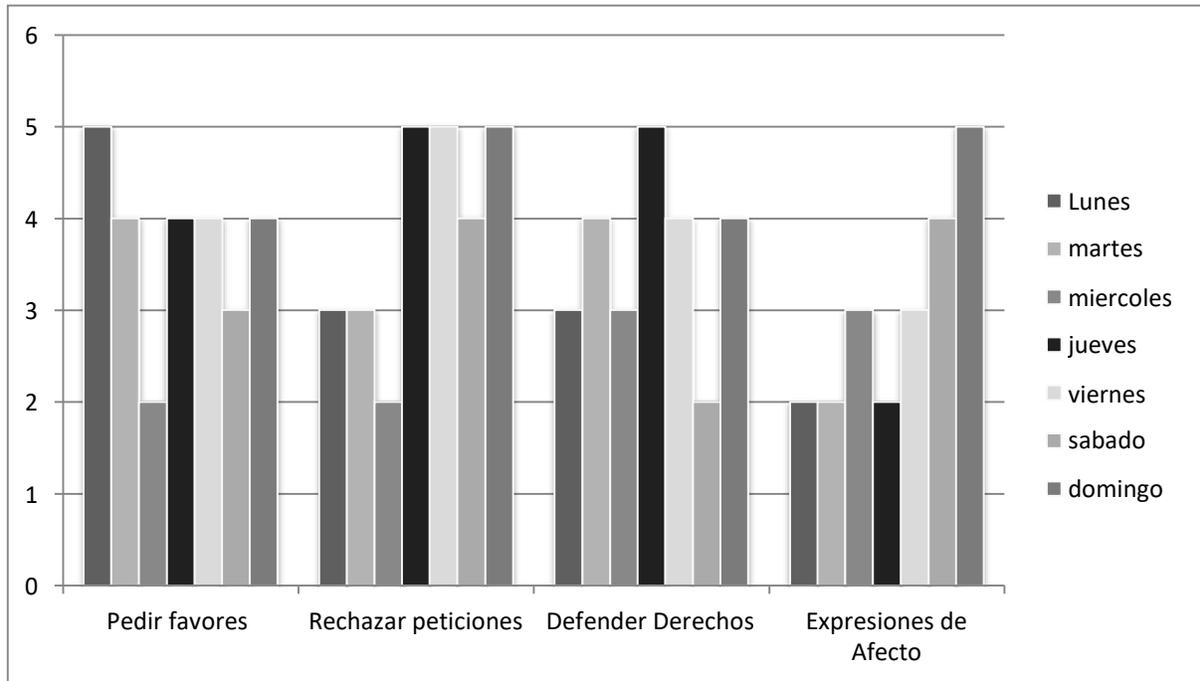


Figura 5. Interacciones sociales

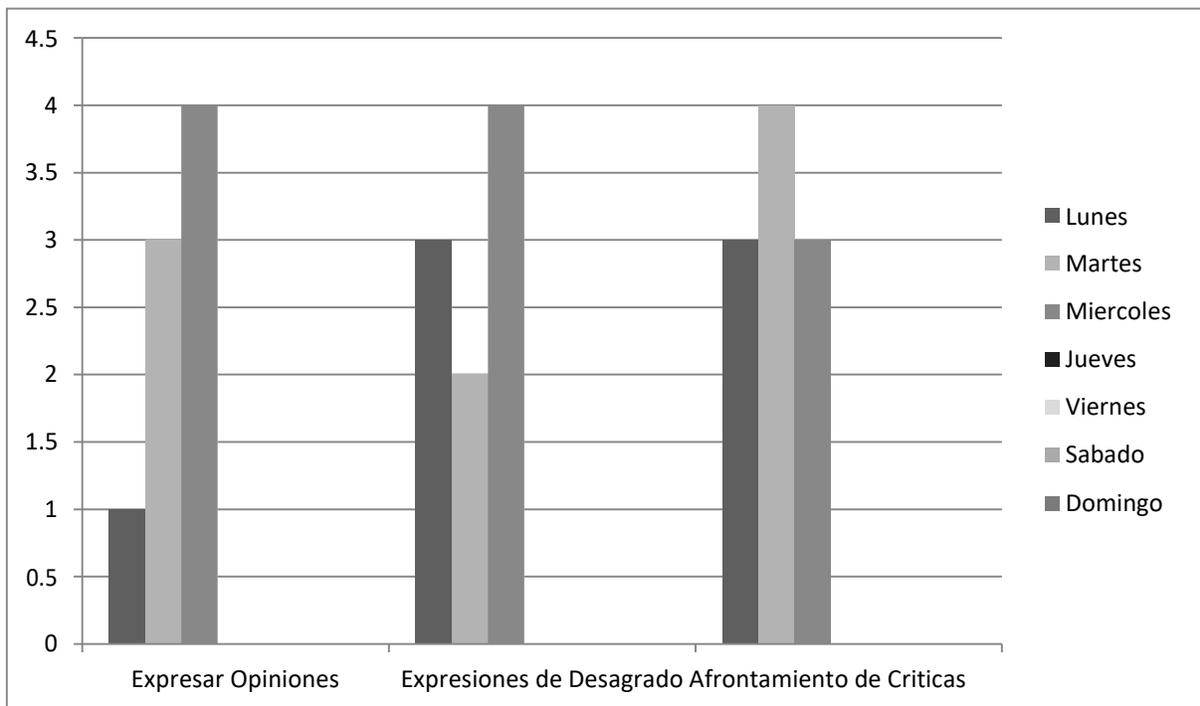


Figura 6. Interacciones sociales

Por medio de este seguimiento se valoraba el desempeño del progreso de la consultante, considerando las conductas relevantes y evaluando además los efectos del proceso terapéutico.

De acuerdo con lo establecido en la presente monografía, se han cumplido con los objetivos terapéuticos propuestos, así mismo se describieron los resultados (PRE-TEST) y (POS-TEST) de las pruebas aplicadas durante las sesiones realizadas. Para corroborar la hipótesis se aplicó, la Escala en habilidades sociales y Escala de afrontamiento para adolescentes.

Los resultados obtenidos en la segunda validación (EHS) arrojaron factores elevados en el Pos-test de algunas estrategias que la consultante no tenía entrenadas en donde el percentil es medio entre 24 a 74.

Tabla 1

Resultados de la escala en habilidades sociales del pre-test y pos-test

RESULTADOS DE LA PRUEBA ESCALA EN HABILIDADES SOCIALES DEL PRE-TEST Y POS-TEST		
Factores elevados o estrategias menos utilizadas	PRE	POS
factor I, Autoexpresión en situaciones sociales	3	40
factor IV, Decir no y cortar interacciones	15	45
factor IV, Defensa de los propios derechos como consumidor	24	40
factor III, Expresión de enfado o disconformidad	24	45

En la segunda aplicación de la prueba EHS del (post-test) se evidencio unos cambios en las estrategias de habilidades sociales en donde el factor arrojaba una puntuacion media y alta, mejorando sus habilidades.

Tabla 2

Resultados de la escala de afrontamiento para adolescentes en forma específica del pre-test y pos-test

RESULTADOS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTOS PARA ADOLESCENTES		
EN FORMA ESPECIFICA DEL PRE-TEST Y POS-TEST		
Estrategias menos utilizadas	PRE	POS
Acción social (So),	20-29	30-49
Concentrarse en resolver el problema (Rp)	30-49	50-69
Invertir en amigos íntimos (Ai)	20-29	50-69
La estrategia de Falta de afrontamiento (Na)	30-49	30-49
Reducción de la tensión (Rt)	20-29	30-49
Reservarlo para sí (Re)	30-49	50-69

En la segunda aplicación de la prueba ACS del (Pos-test) se evidencio un cambio en las estrategias de afrontamiento las cuales no utilizaba, arrojando resultados en una interpretación cualitativa, de raras veces utiliza estas estrategias, con percentil alto de 50-69.

14. Discusión

En este caso clínico, se implementó un entrenamiento de habilidades sociales en caso de ansiedad social, utilizando el modelo cognitivo conductual, generando aporte al quehacer del psicólogo clínico. Esto corresponde con lo encontrado en los estudios realizados por, Ginzburg (2012) Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares (2014) donde se encontró resultados positivos en la intervención y tratamiento de la ansiedad social en las habilidades sociales;

además de las estrategias y terapias implementadas, se logró cumplir con el objetivo principal del estudio.

Por otro lado, existe una explicación sobre el aparato cognitivo, en el cual las emociones negativas y una marcada sensación de inadecuación y avergonzamiento, se enfoca hacia las situaciones sociales, haciendo que se perciba su entorno como hostil y amenazante (Hofmann & Barlow, 2002). Lo que ocasiona conductas automáticas tales como perfeccionismo, retroalimentación social negativa y rumiación de cogniciones interpersonales (Nepon, Flett, Hewitt & Molnar, 2011).

Por su parte, Caballo (2005) menciona unas características de una conducta socialmente habilidosa definiéndolas como “el conjunto de condiciones emitidas por un individuo en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación” (p.6). Con base en esto, se implementó un plan de tratamiento donde se le ayudo a la consultante a entrenarse en las habilidades menos utilizadas en su entorno escolar.

Durante la intervención, se observó en la consultante que presento un cuadro de ansiedad persistente durante los periodos académicos, así como también, presencia de pensamientos desadaptativos e ideas irracionales catastróficos; respaldando esto, Caballo 2007 plantea que un estado de ansiedad proviene de la expectativa de la evaluación interpersonal en lugares sociales imaginados o reales, caracterizados por una preocupación sobre cómo está siendo percibido y evaluado por los demás, causándole malestar emocional.

En resumen, es pertinente destacar la eficacia de la intervención cognitivo conductual, desde el planteamiento del tratamiento de ansiedad social en donde mejorar los temores sociales y la naturaleza de la ansiedad (Caballo, 2007).

En cuanto a los resultados de la aplicación de los instrumentos POS tratamiento, se pudo mostrar un cambio hacia la utilización de estrategias y habilidades en cuanto a iniciar y mantener conversaciones, establecer y mantener amistades, en autonomía de las decisiones cotidianas, exponer ante el público (Caballo, 2007).

A su vez los resultados de la Escala de ACS demuestran el cambio en la consultante; como enfrenta la manera de reaccionar o de actuar en diferentes escenarios sociales de su entorno, dando una modificación en sus estrategias tales como concentrarse, resolver el problema, afrontamiento, Acción social.

En síntesis, una vez analizados y discutidos los resultados de la intervención realizada, se puede concluir, que se destaca la eficacia del tratamiento psicológico desde el modelo cognitivo conductual en caso de ansiedad social, por déficit en habilidades sociales teniendo en cuenta los resultados obtenidos.

15. Conclusiones

Se concluye con el proceso terapéutico, que el modelo de intervención cognitivo conductual para el tratamiento de un trastorno de ansiedad o fobia social, genera resultados satisfactorios, ya que se logró reconocer y reducir la sintomatología de la paciente y los pensamientos irracionales que estaban asociados al trauma. Además, se pudo observar que la medicación formulada por el medico también fue de gran ayuda para el tratamiento psicológico.

En relación a la eficacia del plan de intervención planteado y el uso de técnicas cognitivo-conductuales frente a las necesidades y problemas identificados, la incidencia fue positiva en el abordaje del caso; se consiguió reforzar habilidades de afrontamiento que le permitieran manejar la ansiedad social, al igual que las dificultades fisiológicas, incrementando autoeficacia y competencia personal en la consultante, así como mejorar su calidad de vida.

En general, se resalta la completa disposición y compromiso de la consultante frente al cumplimiento de las intervenciones, actividades y estrategias, donde el rapport y la disposición mutua (terapeuta- consultante) lograron generar resultados óptimos y eficaces.

16. Recomendaciones

Se recomienda seguimiento psicológico del consultante en un periodo no mayor a tres meses, con la finalidad de observar su evolución frente al caso; reforzar estrategias de afrontamiento aprendidas, para así mantener los niveles bajos de ansiedad.

Es importante iniciar proceso de terapia familiar, para que reciban la orientación adecuada sobre las estrategias a implementar en el crecimiento de la adolescente, tales como sonreír a los demás, saludar y presentarse, colaborar haciendo favores sin esperar una recompensa a cambio y mostrar amabilidad con las personas del entorno; de esta forma ayudaran a mantener lo realizado durante las sesiones.

Se aconseja que la paciente acuda a orientación o atención psicológica siempre que evidencie síntomas de ansiedad, de manera que refuerce alguna de las estrategias de afrontamiento ya aprendidas.

Referencias

- American Psychiatric Association APA (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (5ª ed) Bogotá: Panamericana.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beidel, D., Alfano, C., Kofler, M., Rao, P., Scharfstein, L., & Wong, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: *A randomized controlled trial*. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 908–918.
- Caballo, V., Salazar, I., Iurrtia, M., Olivares, P. & Olivares, J. (2014). Relación de las habilidades sociales con la ansiedad social y los estilos/trastornos de la personalidad. *Behavioural Psychology*, 22(3), 401-422.
- Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de Habilidades Sociales*. Siglo XXI de España Editores, S.A. Séptima edición.
- Esnaola, I., Goñi, A., & Madariaga, J. M. (2008). El autoconcepto: perspectivas de investigación. *Revista de Psicodidáctica*, 13(1).
- Gismero, E. (2000) *EHS Escala de Habilidades Sociales*. Madrid. TEA Editorial.
- Hofmann, S. & Barlow, D. (2002). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). In Barlow, D. (Comp.). *Anxiety and its Disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Second Edition* (pp. 454-476). New York: The Guilford Press.
- Larose, S., Bernier, A. & Tarabulsy, G. M. (2005). Attachment state of mind, students' learning dispositions, and academic performance during the college transition. *Developmental Psychology*, 41, 281-289.
- Mestre, M., Tur, A., Samper, P., Nacher, M. & Cortes, M. (2007). Estilos de crianza en adolescencia y su relación con el comportamiento Prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225.

- Monjas, M. I. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: Ciencias de la Educación Preescolar y Especial CEPE.
- Nepon, T., Flett, G., Hewitt, P. & Molnar, D. (2011). Perfectionism, Negative Social Feedback, and Interpersonal Rumination in Depression and Social Anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(4), 297-308.
- Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. & Pertegal, M. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33(2), 223-234.
- Olivares, P., Ortiz, P. & Olivares, J. (2019). Role of social skills training in adolescents with social anxiety disorder. *International journal of clinical and health psychology*: 19(1), 41–48.
- Oyarzun, G., Estrada, C., Pino, E. & Oyarzun, J. (2012). Habilidades sociales y rendimiento académico: una mirada desde el género. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 21-28.
- Pitarch, G., Laguna, B., Martín G., Bosch, V. & Alegre, M. (2009) Síndrome de McCune-Albright. Casos clínicos. *Revista Cutánea Ibero-latinoamericana*, 37(3), 144-146.
- Rodrigo, M. Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano* Madrid: Editorial Alianza pp. 201- 221.
- Toro, R. (2012). Terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8 (2), 118-125.
- Vicenta, M., Tur, A., Samper, P., Nácher, M. & Cortés, M. (2007). Estilos De Crianza En La Adolescencia Y Su Relación Con El Comportamiento Pro social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 211-225.
- Wong, Q. & Rapee, R. (2015). The developmental psychopathology of social anxiety and phobia in adolescents. *Social anxiety and phobia in adolescents: development, manifestation and intervention strategies*. pp. 11-38.

Zavala, M., Valadez., M. & Vargas., M. (2008). Inteligencia emocional y habilidades sociales en adolescentes con alta aceptación social. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* 6(2), 321-338

Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUCARAMANGA Vigilada Mineducación</small></p>	<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD Código: PS-FO-154 Versión: 03</p>
--	--

Por medio de la presente, _____ mayor y vecino (a) de la ciudad de _____ e identificado(a) con cédula de ciudadanía No. _____, me permito manifestar que he sido informado sobre el tratamiento y confidencialidad que se le dará a la información que se obtenga de la consulta psicológica, la cual será atendida por un Psicólogo en formación y un Psicólogo asesor.

Que, en todo caso, la información podrá ser revelada si durante la evaluación o el tratamiento, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; lo anterior con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

Es claro para mí, que el procedimiento a seguir es, en primera instancia un periodo de evaluación en el que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes para valorar mi estado psicológico actual, posteriormente recibiré un diagnóstico sobre las problemáticas o condiciones psicológicas en las que me encuentro, 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.

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

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

- Quando la problemática expuesta no corresponda a su campo de conocimiento o competencia.
- Quando en mi calidad de consultante rehúse o revoque la intervención del psicólogo en formación.
- Por enfermedad o imposibilidad física del psicólogo en formación para prestar el servicio.
- Quando la vinculación del psicólogo en formación con la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** termine por cualquier circunstancia.
- Quando el periodo de formación práctica del (la) estudiante finalice, aun cuando continúe su vínculo con la universidad.

De otra parte, y comprendiendo que el servicio es prestado por una Institución de Educación Superior dentro de un proceso académico, autorizo de forma expresa e informada a la **UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA** a través de su IPS y/o a sus colaboradores y estudiantes, para que traten la información demográfica que se derive de las consultas realizadas con la finalidad de llevar a cabo investigaciones, obtener resultados y objetivos académicos y realizar publicaciones de tipo científico y/o académico que se requieran, esto siempre que al momento de realizar cualquier informe, entrega o similares, la información sea tratada frente a terceros de forma anonimizada; es decir, la información se comparta sin que medie la identificación plena de la persona que constituye nuestro representado. Se aclara que no serán tratados los datos de salud y relacionados con la intimidad del paciente para temas distintos a la atención en consulta y la realización de los tratamientos que correspondan de acuerdo con las normas aplicables al ejercicio de la psicología, esto junto a todos aquellos usos que respecto del material recaudado exija o autorice la normatividad vigente.

Dada la autorización, comprendo y he sido informado que de acuerdo con la ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, corrección, actualización aclaración y supresión en los términos legales mediante comunicación a la dirección datos.personales.bga@upb.edu.co.

A partir de acá debe ser completada por los psicólogos:

He explicado a: _____ la naturaleza y los propósitos de la consulta; le he explicado el contenido, objetivos y alcance de la misma, los riesgos y beneficios que implica su realización. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar consultas psicológicas y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firman, Fecha _____

Firma del Usuario:	C.C. No. _____
Nombre del Usuario:	
Firma Psicólogo (a) en formación	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) en formación	
Firma Psicólogo (a) Asesor (a)	C.C. No. _____
Nombre Psicólogo (a) Asesor (a)	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 2016 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. Así mismo, el documento ha sido ajustado de conformidad con los preceptos establecidos en la ley 1581 de 2012 y las normas que la complementan y reglamentan.

Anexo 2. Formato de historia clínica para niños

		HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04					
Fecha de recepción	Día		Mes		Año		No. De historia
1. DATOS DEMOGRÁFICOS 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			Profesión / Ocupación			
Remitido por	Entidad (EPS)						
2. DATOS DEL ACUDIENTE							
Nombre y apellidos			Parentesco		Edad	Estado civil	
Dirección residencia			No. Teléfono residencia			No. Teléfono celular	
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO							
3.1 Motivo de consulta							

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUENAVISTA</small></p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
---	---

3.2 Historial de la situación

3.3 Intentos previos para solucionarlo

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

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana <small>SECCIONAL BUENAVISTA</small></p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
3.5 Percepción de la situación desde el / la menor	
3.6 Redes de apoyo del / la menor	
4. ASPECTOS FAMILIARES	
4.1 Familiograma	

Folio No.

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUENAVISTA VICERRECTORÍA</p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
--	---

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad	Relación del menor con esta persona

4.2 Observaciones generales del ambiente familiar

5. HISTORIAL DE DESARROLLO

5.1 PRENATAL

¿Qué edad tenía la mamá en el momento del embarazo? _____	¿Durante el embarazo se realizaron controles médicos? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? : _____	¿Cuál era la condición médica general de la mamá durante el embarazo?: Ψ Saludable <input type="checkbox"/> Ψ Con algún tipo de complicaciones. <input type="checkbox"/>
--	---	--

Describe brevemente las condiciones y reacciones emocionales que tuvo la madre durante el embarazo:

Describe las condiciones y reacciones de la familia de la madre y del padre del menor durante el embarazo:

Observaciones generales:

Folio No.	
-----------	--

	HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04
---	--

5.2 PERINATAL			
¿Cuántos meses tenía al momento del nacimiento del menor? _____	¿Qué tipo de parto tuvo? Ψ Natural. <input type="checkbox"/> Ψ Cesárea <input type="checkbox"/>	¿Cuánto tiempo duró el parto desde el inicio de las contracciones y dilatación hasta el nacimiento del bebé? _____	
¿Hubo alguna condición médica relevante en el menor al momento de su nacimiento?			
Ψ No. <input type="checkbox"/>			
Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
5.3 POSNATAL			
¿El menor fue alimentado con leche materna?			
Ψ No. <input type="checkbox"/>			
Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Por cuánto tiempo? _____			
¿Se hizo uso del tetero para alimentar al bebé?			
Ψ No. <input type="checkbox"/>			
Ψ Si. <input type="checkbox"/> ¿Por cuánto tiempo? _____			
Observaciones del destete en cualquiera de los casos:			
6. DESARROLLO PSICOMOTOR			
Qué edad tenía el menor cuando empezó a:			
Sostener la cabeza por su propia cuenta		Voltearse solo	
Dar sus primeros pasos		Caminar	
Sentarse sin ayuda		Sentarse sin ayuda	
Vestirse sin ayuda		Vestirse sin ayuda	
Control de Esfínter vesical o avisar para ir a orinar		Control de esfínter anal	
Observaciones del desarrollo psicomotor:			
7. DESARROLLO DEL LENGUAJE			
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a balbucear?			
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir sus primeras palabras?			
¿Qué edad tenía el menor cuando empezó a decir frases completas?			

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUENAVISTA BUENAVISTA META</p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
--	---

8. ESCOLARIDAD			
¿A qué edad ingreso el menor a una Institución educativa?			
¿Hubo alguna complicación en el proceso de adaptación del menor cuando ingreso a la Institución Educativa por primera vez? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____			
¿Cómo ha sido el rendimiento académico del menor? Ψ Bueno <input type="checkbox"/> Ψ Regular <input type="checkbox"/> Ψ Deficiente <input type="checkbox"/>			
¿El menor ha reprobado cursos o grados escolares? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____			
¿Qué materias requerían un mayor esfuerzo por parte del menor para ser aprobadas?			
¿Cómo es la relación del menor con sus maestros? Ψ Excelente. <input type="checkbox"/> Ψ Mala. <input type="checkbox"/> Ψ Buena. <input type="checkbox"/> Ψ Muy mala. <input type="checkbox"/> Ψ Regular. <input type="checkbox"/>			
¿Cómo es la relación del menor con sus compañeros? Ψ Excelente. <input type="checkbox"/> Ψ Mala. <input type="checkbox"/> Ψ Buena. <input type="checkbox"/> Ψ Muy mala. <input type="checkbox"/> Ψ Regular. <input type="checkbox"/>			
¿El menor ha sido cambiado de Colegio? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____ ¿Porque razón? _____			
A parte de la actividad académica o escolar, ¿el usuario asiste a algún grupo de actividades extracurriculares tales como danzas, futbol, entre otros? Ψ No. <input type="checkbox"/> Ψ Si <input type="checkbox"/> ¿Cuál o cuáles? _____			
9. ANTECEDENTES MÉDICOS			
A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental del MENOR . En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco " Ninguna ".			
¿Cuáles enfermedades médicas diagnosticadas ha presentado el menor?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
¿Cuáles enfermedades mentales diagnosticadas ha presentado el menor?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	
A continuación, se preguntará información relacionada a antecedentes de enfermedad física y mental de la FAMILIA DEL MENOR . En caso de no presentar ninguna escribir en el espacio en blanco " Ninguna ".			
¿Cuáles enfermedades médicas han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?	

Folio No.	
-----------	--

 <p>Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA</p>	<p>HISTORIA CLINICA PARA MENORES DE EDAD Código: PS-FO-080 Versión: 04</p>
--	---

¿Cuáles enfermedades mentales han sido diagnosticadas en algún miembro de la familia?		¿Cuál ha sido el tratamiento?
---	--	-------------------------------

¿El menor ha presentado dificultades para conciliar sueño?
 Ψ No. Ψ Si

¿El menor ha presentado dificultades de alimentación? _____
 ¿Qué tipo de dificultades? _____

10. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)

Conducta	Edad de inicio	Dificultades presentadas a causa de esta situación			Alternativas para manejar la problemática
		Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	Dificultades presentadas a causa de esta situación	Alternativas para manejar la problemática
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol					
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					

11. OBSERVACIÓN GENERAL DEL USUARIO (Examen mental)

Folio No.	
-----------	--

Anexo 3. Formato de entrevista

Técnicas de evaluación de las habilidades sociales

145

CUADRO 5.4. *Entrevista dirigida para habilidades sociales* (V. E. Caballo, 1987)

1. DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Dirección: _____ Telf.: _____
 Ocupación: _____ Estado civil: _____ N.º de hermanos: _____
 N.º de hermanas: _____ ¿Qué orden ocupa entre los/as hermanos/as? ¿Con quién está
 viviendo actualmente?

2. DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

3. OBSERVACIÓN CONDUCTUAL DEL PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA (adecuación de diferentes
 elementos moleculares)

	Muy inapropiado/a		Normal			Muy apropiado/a	
Mirada	1	2	3	4	5	6	7
Expresión facial	1	2	3	4	5	6	7
Sonrisas	1	2	3	4	5	6	7
Postura corporal	1	2	3	4	5	6	7
Orientación	1	2	3	4	5	6	7
Gestos	1	2	3	4	5	6	7
Automanipulaciones ..	1	2	3	4	5	6	7
Volumen de la voz	1	2	3	4	5	6	7
Tono e inflexión	1	2	3	4	5	6	7
Fluidez del habla	1	2	3	4	5	6	7
Tiempo de habla	1	2	3	4	5	6	7
Claridad	1	2	3	4	5	6	7
Contenido verbal	1	2	3	4	5	6	7
Sentido del humor	1	2	3	4	5	6	7
Apariencia personal ..	1	2	3	4	5	6	7
Elementos globales	Muy bajo/a					Muy alto/a	
Habilidad social	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedad general	1	2	3	4	5	6	7
Atractivo físico	1	2	3	4	5	6	7

CUADRO 5.4. (Continuación)

5. PRINCIPALES PROBLEMAS ADEMÁS DE LA INADECUACIÓN SOCIAL

6. EFECTOS DE LA DISFUNCIÓN SOCIAL SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DIARIO DE LA PERSONA

7. MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

8. EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL EN ÁREAS ESPECÍFICAS

8.1. *Relaciones con el mismo sexo*

¿Cuántos amigos/as íntimos/as tienes?

¿Tienes muchos/as amigos/as?

¿Cómo son estas relaciones?

¿Le es difícil conocer a gente nueva?

¿Cómo se comporta en esas ocasiones?

¿Cuánta gente nueva ha conocido en los dos últimos meses?

8.2. *Relaciones con el sexo opuesto*

¿Cuántos/as amigos/as íntimos tiene?

¿Tiene muchos/as otros/as amigos/as?

¿Cómo son estas relaciones?

¿Le es difícil conocer a gente nueva?

¿Cómo se comporta en esas ocasiones?

¿Con cuántas personas diferentes del sexo opuesto ha salido durante el último año?

¿Tiene problemas para conseguir «quedar»? ¿Cuántas veces ha «quedado» en los dos últimos meses? ¿Con cuántas personas diferentes?

8.3. *Capacidad para expresar sentimientos positivos y negativos hacia los demás*

¿Tiene dificultad para expresar sentimientos positivos hacia los demás?

¿Cómo se siente al expresar esos sentimientos?

¿Qué piensa sobre la expresión de sentimientos positivos?

¿Cómo se comporta cuando los demás hacen que se sienta frustrado o enfadado?

¿Expresa normalmente sus sentimientos de molestia a los demás?

¿Se muestra agresivo/a hacia los demás?

8.4. *Defensa de los propios derechos*

¿Hace valer sus derechos hacia los demás normalmente?

¿Cree que la gente se aprovecha de Vd.?

¿Hay algunas situaciones en las que le sea muy difícil defender sus derechos?

CUADRO 5.4. (Continuación)

8.5. Manejo de críticas

- ¿Le critican a menudo?
- ¿Le afectan mucho las críticas?
- ¿Cómo reacciona a las críticas?

8.6. Hacer y rechazar peticiones

- ¿Puede, sin dificultad, pedir favores a los demás?
- ¿Hay situaciones en las que le es muy difícil pedir favores? ¿Qué piensa cuando va a pedir algo a alguien?
- ¿Tiene normalmente éxito en sus peticiones?
- ¿Es capaz de resistir la presión de los demás para que se comporte de manera contraria a sus creencias?
- ¿Es capaz de rechazar peticiones poco razonables provenientes de amigos/as?
- ¿Y de superiores?
- ¿Qué piensa que sucedería en el caso de rechazar peticiones poco razonables con esas personas?
- ¿Cómo negocia los «tira y afloja» con miembros de su familia?
- ¿Y con sus amigos/as?
- ¿Y en las relaciones laborales?

8.7. Hacer y recibir cumplidos

- ¿Tiene problemas para hacer cumplidos a otra persona?
- ¿Y para mostrar aprecio a alguien que ha hecho algo por Vd.?
- ¿Cómo reacciona a la alabanza?

8.8. Interacción con figuras de autoridad

- ¿Le causan temor o ansiedad las figuras con autoridad?
- ¿Es capaz de enfrentarse con una figura de autoridad?
- ¿Cómo se comporta al relacionarse con una persona con autoridad?
- ¿Qué piensa cuando tiene que relacionarse con un superior?

8.9. Interacción con miembros de la familia

- Relación con hermanos y hermanas en el pasado
- En el presente
- Relación con los padres en el pasado
- En el presente
- ¿Qué piensa de su familia?

Anexo 4. Formato de autorregistro

CUADRO 5.5. *Tabla de Autoinforme de la Aserción (modificada de la Assertion Self-Statement Table, de Galassi y Galassi, 1977) que se puede emplear durante la entrevista con el fin de obtener mayor información sobre la expresión de distintas clases de conducta con diferentes tipos de personas*

150

Clases de personas

<i>Clases de conducta</i>	<i>Amigos mismo sexo</i>	<i>Amigos sexo opuesto</i>	<i>Pareja</i>	<i>Padres</i>	<i>Familiares</i>	<i>Autoridad mismo sexo</i>	<i>Autoridad sexo opuesto</i>	<i>Comp. trabajo mismo sexo</i>	<i>Comp. trabajo sexo opuesto</i>	<i>Contacto consumidor</i>	<i>Profesional mismo sexo</i>	<i>Profesional sexo opuesto</i>	<i>Niños</i>
Iniciar y mantener conversaciones													
Expresión de amor, agrado y afecto													
Defensa de los derechos													
Pedir favores													
Rechazar peticiones													
Hacer cumplidos													
Aceptar cumplidos													
Expresión de opiniones personales													
Expresión justificada de molestia													
Disculparse													
Petición de cambios de conducta													
Afrontamiento de críticas													

Copyrighted material

Vicente E. Caballo

Anexo 5. Desarrollo del plan de intervención

Consultante		DYN	
Motivo de consulta		Remitido por el colegio quien refiere No quiere ir a estudiar se encierra en la habitación y no come	
Número de Sesiones		10	
Objetivo terapéutico		Diseñar un plan de intervención con base en el enfoque terapéutico entrenamiento y adquisición de habilidades sociales, para el abordaje de las conductas problemas de la consultante	
Número de Sesión	Técnica	Objetivo	Indicadores
1	Entrevista semiestructurada Psi coeducación	Establecer Rapport con el consultante Establecer alianza terapéutica Identificar factores protectores Retoma del tratamiento medico Estilos de Crianza Diligenciar documentos pertinentes a la intervención (consentimiento informado, historia clínica).	Reconocimiento de los problemas Aceptación de la existencia del problema Deseos de superación del problema Necesidad de cambio por parte del consultante
2			
3	Aplicación de la Escala de Habilidades Sociales (EHS)	Medir situaciones estresantes, conductuales e interpersonales	
4	Aplicación de la Escala de afrontamiento para adolescentes forma específica	Medir como afronta los problemas en un contexto académico y social	
5	Autorregistros, ensayo conductual, ejercicios de relajación,	Brindar información sobre el problema al consultante (concepto, etiología,	Concientizar al consultante sobre el manejo adecuado del problema

	modelado retroalimentación y reforzamiento, tareas para la casa	pronostico, tratamiento y pautas de actuación correcta) Socializar el resultado diagnóstico de las pruebas aplicadas plantear objetivos según las necesidades expuestas por el consultante	Expectativa de ser ayudado en sus problemas
6		Disminución de la activación fisiológica elevada Utilización de registros para identificar el problema y Modelado	Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva Expectativa de ser ayudado en sus problemas
7	Entrenamiento en solución de problemas	Brindar herramientas que faciliten el desarrollo de estrategias en la solución de problemas	Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y de los demás.
	Relajación y respiración autorregistro Interacciones Sociales	Reducir tensión física o mental que puedan generar niveles de ansiedad, estrés o ira	Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva
8	Retroalimentación y reforzamientos y exposición Refuerzo en técnica de solución de problemas tareas para la casa	Brindar herramientas que faciliten el desarrollo de estrategias en la solución de problemas Brindar herramientas que faciliten el desarrollo de estrategias en la solución de problemas	Aceptación e identificación de las dificultades de pautas de crianza Deseos de cambio y superación Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo y de los demás.
9	Entrenamiento de habilidades en	mejorar las habilidades de	Entrenamiento en habilidades sociales

	comunicación, asertividad	afrontamiento y aumentar beneficios	y exposición en aula de clase
10	Prevenición de recaídas Repaso de los objetivos terapéuticos Evaluación y cierre	habilidades adquiridas, socialización de instrumentos de evaluación aplicados (pretest-postest)	Reconocimiento de la ayuda recibida a través de las intervenciones
Pruebas aplicadas		<ol style="list-style-type: none"> 1. Escala en Habilidades sociales (EHS) 2. Escala de afrontamiento en adolescentes fase específica 	
Resultados de las pruebas aplicadas		Arrojan que la consultante no tenía estrategias para afrontar algunas habilidades en un contexto académico y social	
Diagnóstico		300.23 (F40.10) Trastorno de ansiedad social (Fobia social) Especificar si: Solo actuación.	
Plan de tratamiento		<p>Psicoeducación desde el modelo cognitivo conductual: Proveer de información sobre el problema (concepto, etiología, pronóstico, tratamiento y pautas de actuación correcta)</p> <p>Brindar herramientas para desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas: Entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales (Estrategias de solución de problemas)</p> <p>Técnicas:</p> <p>Ensayo de la conducta, modelado, instrucciones retroalimentación y reforzamiento, tareas para la casa.</p> <p>Luego se realiza estrategia inicial para el calentamiento, en donde se ensaya a la consultante en ejercicios de relajación, distinción entre la conducta asertiva/agresiva, estrategias para el mantenimiento de conversaciones, (hacer cumplidos y hacer y rechazar peticiones) Expresión de molestia, desagrado, disgusto, afrontar críticas, también se entrena en</p>	

	<p>procedimientos defensivos, defensa de los derechos y expresiones de opiniones.</p> <p>Prevención de recaídas: Repaso de los objetivos terapéuticos Descripción de los cambios producidos, Lista de técnicas aprendidas, Anticipación de posibles situaciones estresantes.</p>
Resultados	<p>Como resultado de la intervención se observó durante las sesiones como mejoraban las dimensiones afectadas de las habilidades sociales de la consultante, en donde logra distinguir conductas sociales positivas y negativas de su entorno, así mismo el manejo de elementos no verbales (tono de voz, postura, contacto visual), en el aula de clase.</p>

Anexo 6. Pruebas aplicadas



Nombre y apellidos	Erao	Sexo
Cursu	Fecha	

ANOTE SUS RESPUESTAS MARCANDO LA LETRA DE LA ALFABETA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU MODO DE SER O DE ACTUAR.
 COMPRUEBE QUE HOUJA LA LETRA EN LA MISMA LINEA DE A FRASE QUE HA LEÍDO.

- A No me identifico en absoluto; la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.
- B Más bien no tiene que ver conmigo, aunque a gura vez me ocurra.
- C Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe o me sienta así.
- D Muy de acuerdo y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos.

1	A veces evito hacer preguntas por miedo a parecer estúpido.	A B C D	1
2	Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc.	A B C D	2
3	Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D	3
4	Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entró después que yo, me callo.	A B C D	4
5	Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle «No».	A B C D	5
6	A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que dejé prestado.	A B C D	6
7	Si en un restaurante no me traen la comida como la había pedido, llamo al camarero y pido que me la hagan de nuevo.	A B C D	7
8	A veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.	A B C D	8
9	Muchas veces cuando tengo que hacer un halago, no sé qué decir.	A B C D	9
10	Tiendo a guardar mis opiniones para mí mismo.	A B C D	10
11	A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D	11
12	Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D	12
13	Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo, prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D	13
14	Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D	14
15	Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarlas.	A B C D	15
16	Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal la vuelta, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D	16
17	No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D	17
18	Si voy en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me animo a entablar conversación con ella.	A B C D	18
19	Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D	19
20	Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D	20
21	Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D	21
22	Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D	22
23	Nunca sé cómo «cortar» a un amigo que habla mucho.	A B C D	23
24	Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D	24
25	Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D	25
26	Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D	26
27	Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D	27
28	Me siento turbado o vivo eno cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mí físico.	A B C D	28
29	Me cuesta expresar mi opinión en grupos (en clase, en reuniones, etc.).	A B C D	29
30	Cuando alguien se me «cuela» en una fila, hago como si no me diera cuenta.	A B C D	30
31	Me cuesta mucho expresar agresividad o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D	31
32	Muchas veces prefiero ceder, callarme o «quitarle de en medio» para evitar problemas con otras personas.	A B C D	32
33	Hay veces que no sé negarme a salir con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D	33

Autora: Clara G. Cerezo González.
 Copyright © 2000 by LBA Ediciones, S.A.U. - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción total o parcial
 Edita: LBA Ediciones, S.A.U. (Madrid) - C/Alcalá 139 - 28014 Madrid - España

**COMPRUEBE QUE HA DADO UNA CONTESTACIÓN
 A CADA UNA DE LAS FRASES**

ACS FORMA ESPECÍFICA

INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. ¿Cuál es la preocupación

principal en tu vida? Describe brevemente en la zona indicada en la hoja de respuestas tu preocupación principal.

En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele afrontar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la casilla correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte al problema o dificultad concreta que se acaban de describir. En cada afirmación debes marcar en la hoja de respuestas la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

Por ejemplo, si **algunas veces** te enfrentas a tu problema mediante la acción de «Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema», deberías marcar la C como se indica a continuación:

1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema A B C D E

**DEBERÁS ANOTAR TODAS TUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS.
NO ESCRIBAS NADA EN ESTE CUADERNILLO.
RECUERDA QUE ESTÁS PENSANDO EN UN PROBLEMA CONCRETO.**

- | | |
|---|---|
| 1. Hablar con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema. | 15. Guardar mis sentimientos para mí solo. |
| 2. Dedicarme a resolver lo que está provocando el problema. | 16. Dejar que Dios se ocupe de mi problema. |
| 3. Seguir con mis tareas como es debido. | 17. Acordarme de los que tienen problemas peores de forma que el mío no parezca tan grave. |
| 4. Preocuparme por mi futuro. | 18. Pedir consejo a una persona competente. |
| 5. Reunirme con amigos. | 19. Encontrar una forma de relajarme, por ejemplo, escuchar música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión. |
| 6. Producir una buena impresión en las personas que me importan. | 20. Hacer deporte. |
| 7. Esperar que ocurra lo mejor. | 21. Hablar con otros para apoyarnos mutuamente. |
| 8. No puedo hacer nada para resolver el problema, así que no hago nada. | 22. Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades. |
| 9. Llorar o gritar. | 23. Asistir a clase con regularidad. |
| 10. Organizar una acción o petición en relación con mi problema. | 24. Preocuparme por mi felicidad. |
| 11. Ignorar el problema. | 25. Llamar a un amigo/a como |
| 12. Criticarme a mí mismo. | |

No me ocurre nunca o no lo hago	A
Me ocurre o lo hago raras veces	B
Me ocurre o lo hago algunas veces	C
Me ocurre o lo hago a menudo	D
Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia	E

- | | |
|---|---|
| <p>24. Preocuparme por mis relaciones con los demás.</p> <p>25. Desear que suceda un milagro.</p> <p>26. Simplemente, me doy por vencido.</p> <p>27. Intentar sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando otras drogas (no medicamentos).</p> <p>28. Organizar un grupo que se ocupe del problema.</p> <p>29. Ignorar conscientemente el problema.</p> <p>30. Darme cuenta de que yo mismo me hago las cosas difíciles.</p> <p>31. Evitar estar con la gente.</p> <p>32. Pedir ayuda y consejo para que todo se resuelva.</p> <p>33. Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas.</p> <p>34. Conseguir ayuda o consejo de un profesional.</p> <p>35. Salir y divertirme para olvidar mis dificultades.</p> <p>36. Mantenerme en forma y con buena salud.</p> <p>37. Buscar ánimo en otros.</p> <p>38. Considerar otros puntos de vista y tratar de tenerlos en cuenta.</p> <p>39. Trabajar intensamente.</p> <p>40. Preocuparme por lo que está pasando.</p> <p>41. Empezar una relación personal estable.</p> <p>42. Tratar de adaptarme a mis amigos.</p> <p>43. Esperar que el problema se resuelva por sí solo.</p> <p>44. Me pongo malo.</p> <p>45. Trasladar mis frustraciones a otros.</p> <p>46. Ir a reuniones en las que se estudia el problema.</p> <p>47. Borrar el problema de mi mente.</p> <p>48. Sentirme culpable.</p> <p>49. Evitar que otros se enteren de lo que me preocupa.</p> <p>50. Leer un libro sagrado o de religión.</p> <p>51. Tratar de tener una visión alegre de la vida.</p> <p>52. Pedir ayuda a un profesional.</p> | <p>53. Buscar tiempo para actividades de ocio.</p> <p>54. Ir al gimnasio a hacer ejercicio.</p> <p>55. Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.</p> <p>56. Pensar en lo que estoy haciendo y por qué.</p> <p>57. Confiar en lo que estoy haciendo.</p> <p>58. Inquietarme por lo que me pueda ocurrir.</p> <p>59. Tratar de hacerme amigo íntimo de un chico o de una chica.</p> <p>60. Mejorar mi relación personal con los demás.</p> <p>61. Soñar despierto que las cosas van mejorando.</p> <p>62. No tengo forma de afrontar la situación.</p> <p>63. Cambiar las cantidades de lo que como, bebo o duermo.</p> <p>64. Unirme a gente que tiene el mismo problema.</p> <p>65. Aislarme del problema para poder evitarlo.</p> <p>66. Considerarme culpable.</p> <p>67. No dejar que otros sepan cómo me siento.</p> <p>68. Pedir a Dios que cuide de mí.</p> <p>69. Estar contento de cómo van las cosas.</p> <p>70. Hablar del tema con personas competentes.</p> <p>71. Conseguir apoyo de otros, como mis padres o amigos.</p> <p>72. Pensar en distintas formas de afrontar el problema.</p> <p>73. Decidarme a mis tareas en vez de salir.</p> <p>74. Inquietarme por el futuro del mundo.</p> <p>75. Pasar más tiempo con el chico o chica con quien suelo salir.</p> <p>76. Hacer lo que quieren mis amigos.</p> <p>77. Imaginar que las cosas van a ir mejor.</p> <p>78. Sufro dolores de cabeza o de estómago.</p> <p>79. Encontrar una forma de aliviar la tensión: por ejemplo, llorar, gritar, beber, tomar drogas.</p> <p>80. Anota en la hoja de respuestas cualquier otra cosa que suelas hacer para afrontar tus problemas.</p> |
|---|---|

ACS FORMA: GENERAL ESPECÍFICA

Apellidos y nombre: _____

Centro: _____ Curso: _____

Edad: Sexo: V M Fecha:

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	PUNTUACIÓN TOTAL	PUNTUACIÓN AJUSTADA	
As	1.	A	B	C	D	E	19.	A	B	C	D	E	37.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Rp	2.	A	B	C	D	E	20.	A	B	C	D	E	38.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Es	3.	A	B	C	D	E	21.	A	B	C	D	E	39.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Pr	4.	A	B	C	D	E	22.	A	B	C	D	E	40.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Ai	5.	A	B	C	D	E	23.	A	B	C	D	E	41.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Pe	6.	A	B	C	D	E	24.	A	B	C	D	E	42.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Hi	7.	A	B	C	D	E	25.	A	B	C	D	E	43.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Na	8.	A	B	C	D	E	26.	A	B	C	D	E	44.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
Rt	9.	A	B	C	D	E	27.	A	B	C	D	E	45.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x4 <input type="text"/>
So	10.	A	B	C	D	E	28.	A	B	C	D	E	46.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Ip	11.	A	B	C	D	E	29.	A	B	C	D	E	47.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Cu	12.	A	B	C	D	E	30.	A	B	C	D	E	48.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Re	13.	A	B	C	D	E	31.	A	B	C	D	E	49.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Ae	14.	A	B	C	D	E	32.	A	B	C	D	E	50.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Po	15.	A	B	C	D	E	33.	A	B	C	D	E	51.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Ap	16.	A	B	C	D	E	34.	A	B	C	D	E	52.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x5 <input type="text"/>
Dr	17.	A	B	C	D	E	35.	A	B	C	D	E	53.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x7 <input type="text"/>
Fi	18.	A	B	C	D	E	36.	A	B	C	D	E	54.	A	B	C	D	E	<input type="text"/>	x7 <input type="text"/>
80. Anota cualquier otra cosa que sueles hacer para afrontar tus problemas:																				

MI PREOCUPACIÓN PRINCIPAL ES:



Autores: Erica Fryzenberg y Ramon Levins. Copyright © 1993 by ACDR. Australian Council for Educational Research Ltd. Copyright de la edición española © 1995, 2014 by TEA Ediciones, S.A.U. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplar está impreso en DOS TIRADAS. Si la impresión no es en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, 80-171 UTUICE - Edita: TEA Ediciones, S.A.U.; Frey Bernardino Sahagún, 24; 28036 Madrid, España - Printed in Spain. Impreso en España por Imprenta Cas. Res. S.L.; Agrafín Ca. no, 47; 28043 Madrid, España.