

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL A  
PACIENTE QUE PRESENTA UN TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA E.S.E  
HOSPITAL INTEGRADO SAN VICENTE DE PAÛL DEL MUNICIPIO DE ONZAGA**

**MYRIAM JAIMES MEDINA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLINICA  
BUCARAMANGA**

**2015**

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL A  
PACIENTE QUE PRESENTA UN TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA E.S.E  
HOSPITAL INTEGRADO SAN VICENTE DE PAÛL DEL MUNICIPIO DE ONZAGA**

**MYRIAM JAIMES MEDINA**

**Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Psicología Clínica**

**Asesora**

**AMPARO DURAN MOSQUERA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**ESPECIALIZACION EN PSICOLOGÍA CLINICA**

**BUCARAMANGA**

**2015**

*“La vida debe ser comprendida hacia atrás. Pero debe ser vivida hacia delante.” Kierkegaard.*

*“La Psicología no puede decir a la gente como deberían vivir sus vidas. Sin embargo, puede proporcionarles significado para un cambio personal y social efectivo.” Albert Bandura.*

A Dios por darme la vida y las condiciones para salir adelante. A mi familia por apoyar mis sueños y compartir mis metas. A mí, por alimentar ilusiones, y perseguirlas hasta alcanzarlas.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue realizado en la Facultad de Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana, de la ciudad de Bucaramanga. A esta institución ofrezco mis felicitaciones por brindarnos a muchos profesionales la oportunidad de pertenecer a su familia estudiantil y de formación en la especialidad. Al mismo tiempo, expreso mi agradecimiento por permitirme el desarrollo y culminación de mis estudios en la especialización en psicología clínica.

Trabajo que fue desarrollado durante el tiempo de estudio académico y práctico, con la asesoría de la doctora **Amparo Duran Mosquera** y el coordinador de la especialización, doctor **Pedro Pablo Ochoa**, a quienes expreso mis más sinceros agradecimientos por su dedicación, apoyo, paciencia, disponibilidad, y calidez humana. Y por compartir su sabiduría en mi formación para la especialización clínica, Dios los bendiga.

A todos mis profesores académicos muchas gracias, por su aporte a mi proceso de aprendizaje. Sin este conocimiento no sería posible alcanzar este logro.

A todos mis compañeros con quien compartimos el mismo sueño y trabajamos unidos para lograr este reto, los llevo en mi corazón.

A mi paciente por su participación y disponibilidad en el proceso de la práctica muchas gracias, fue la base para este trabajo.

Al Hospital Integrado San Vicente de Paul del municipio de Onzaga, un agradecimiento especial por acoger mi solicitud para realizar mi práctica clínica con sus pacientes.

Mis más profundos agradecimientos a mi familia por su respaldo y apoyo a mis sueños, y a todos las demás personas que hicieron parte de este proyecto personal. Muchas, muchas gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO .....	9
GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE .....	10
INTRODUCCION.....	11
1. HISTORIA CLÍNICA.....	13
1.1.DATOS PERSONALES.....	13
2. SITUACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.....	14
2.1. MOTIVO DE CONSULTA .....	14
2.1.1 Referido por los adultos consultantes .....	14
2.1.2 Referido por el paciente (adulto, joven, niño) .....	14
2.2 ACTITUD ANTE LA CONSULTA .....	14
2.3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....	15
2.3.1 Desencadenantes del motivo de consulta .....	15
3. HISTORIA FAMILIAR.....	16
3.1 ANTECEDENTES PERSONALES.....	16
3.1.1 Rendimiento académico/laboral.....	16
3.1.2 Desempeño social.....	16
3.2. ANTECEDENTES FAMILIARES.....	16
3.2.1 Comunicación.....	17
3.2.2 Solución de conflictos.....	17
3.2.3 Respuesta o emoción ante la solución de conflictos.....	17
3.3. GENOGRAMA FAMILIAR.....	17
4. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA .....	18
4.1. PRUEBAS A APLICAR.....	18
4.2. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICO.....	18
4.3. EVALUACIÓN CLÍNICA.....	18
4.4. DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN DIAGNOSTICA.....	19
4.5. PLAN DE TRATAMIENTO.....	19
4.6. APLICACIÓN DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS .....	19

4.6.1 Objetivo.....	19
4.6.2 Evolución del caso .....	19
4.6.3 Evolución psicológica y social.....	20
4.6.4 Acciones terapéuticas realizadas.....	20
4.7. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS .....	27
4.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	29
4.9 ANALISIS FUNCIONAL.....	32
4.9.1 Resultados del análisis funcional .....	33
5. DIAGNÓSTICO.....	34
5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.....	34
6. PLAN TRATAMIENTO.....	36
6.1 MÉTODO.....	36
6.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA .....	36
6.2.1 Cognitivas: cambio atribuciones .....	36
6.2.2 Técnicas de control somático.....	37
6.2.3 Técnica exposición conductual.....	37
6.3 OBJETIVOS TERAPEUTICOS.....	37
6.3.1. Objetivos Generales.....	37
6.3.2. Objetivos específicos.....	37
6.4 DURACIÓN DEL TRATAMIENTO.....	38
6.4.1 Numero de Sesiones.....	38
6.4.2 Fases.....	38
7. PLAN DE INTERVENCIÓN.....	39
8. EJECUCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO.....	41
9. SEGUMIENTO.....	79
10. MARCO TEORICO.....	81
10.1 ORIGEN DEL TÉRMINO ANSIEDAD.....	81
10.1.1 La Naturaleza de los Trastornos de Ansiedad.....	81
10.1.2 Prevalencia de la ansiedad.....	82
10.1.3 Bases teóricas sobre ansiedad.....	83
10.1.4 Causas de la ansiedad y los trastornos de ansiedad .....	84
10.1.5 Principales tipos de trastornos de ansiedad.....	84

10.1.6 Enfoques Teóricos.....	85
10.1.7 Dimensiones de la Ansiedad .....	86
10.2 F40.1 FOBIA SOCIAL [300.23] (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL).....	87
10.2.1 Definición.....	87
10.2.2 Características de la fobia Social.....	87
10.2.3 Prevalencia de la fobia social.....	89
10.2.4 Tipos de fobia social.....	89
10.2.5 Síntomas de la fobia social.....	90
10.2.6 Criterios diagnósticos para la fobia social .....	91
10.2.7 Factores asociados a la fobia social .....	92
10.2.8 Impacto en la vida del individuo.....	93
10.2.9 Modelos explicativos de la fobia social.....	94
10.2.10 Tratamiento.....	95
10.2.11 Técnicas de tratamiento.....	95
10.3 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	96
10.3.1 Características de la terapia cognitivo-conductual.....	97
10.3.2 Modelos cognitivos.....	98
10.3.3 Modelo conductista.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	101
ANEXOS.....	106

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Genograma Familiar.....	17
Figura 2. Análisis Funcional.....	32
Tabla 1. AFGAR Familiar, aplicado a Niña .....	20
Tabla 2. AFGAR Familiar Madre.....	21
Tabla 3. Inventario de Ansiedad de Beck, BAI.....	21
Tabla 4. IBIT Modificado para niños. Evaluación.....	22
Tabla 5. Escala de Miedo a la Evaluación Negativa FNES .....	25
Tabla 6. Auto registro de Situaciones, Pensamientos y Emociones .....	26
Tabla 7. Resultados Pruebas .....	27
Tabla 8 Resultados IBIT modificado para niños .....	27
Tabla 9. Resultados Escala de miedo a la evaluación negativa FNE .....	28
Tabla 10. Resultado Habilidades de Aprendizaje .....	29
Tabla 11. Resultados Inventario de Ansiedad de BECK (BAI) .....	30
Tabla 12 Resultados del IBIT modificado para Niños .....	30
Tabla 13 Plan de Intervención Terapéutica.....	39
Tabla 14 Ejercicio Confrontación Ideas Irracionales .....	60
Tabla 15. Auto registro de Peligros Sentidos en la Actividad.....	61
Tabla 16. AFGAR. Funcionalidad Familiar.....	74
Tabla 17. Modificación de Ideas Irracionales .....	75
Tabla 18. Nivel de Ansiedad .....	76
Tabla 19. Nivel de Habilidades de aprendizaje.....	77

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** ATENCIÓN PSICOLÓGICA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTE QUE PRESENTA UN TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL EN LA E.S.E HOSPITAL INTEGRADO SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE ONZAGA

**AUTORA:** MYRIAM JAIMES MEDINA

**FACULTAD:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTORA:** AMPARO DURAN MOSQUERA

**RESUMEN**

La paciente objeto de mi trabajo de grado, es una niña de 12 años que consulta por problemas de repetición de grados escolares y bajo rendimiento escolar, conductas agresivas, desobediencia, aislamiento social y finalmente deserción escolar. Se inició el proceso de evaluación encaminado a conocer el problema y fundamentar la historia clínica psicológica de la paciente, continuando la aplicación de pruebas para complementar y orientar el diagnóstico clínico, el análisis funcional con el fin de integrar variables antecedentes y consecuentes de la sintomatología y con ello, hacer un diagnóstico clínico, para lo cual se concluyó el diagnóstico de fobia específica al contacto social y a las evaluaciones. Para el manejo de este problema se formuló el plan de intervención Integrado en 16 sesiones basado en la terapia cognitivo conductual, aplicando técnicas de Psicoeducación, exposición conductual, control somático, en sesiones semanales con la paciente y algunas sesiones con los padres de la paciente, para fortalecer las relaciones afectivas y motivar el apoyo familiar al proceso terapéutico, como etapa final se establece 3 sesiones de seguimiento para evaluar evolución de la paciente. Fue un trabajo constante paciente terapeuta, el cual llevo a la paciente a reconocer sus ideas distorsionadas a modificar estos supuestos personales y con ello a disminuir los síntomas, volver a sus estudios y mejorar las relaciones personales y familiares.

**PALABRAS CLAVES:**

Ansiedad social. Terapia cognitiva conductual, distorsiones cognitivas

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** PSYCHOLOGICAL CARE FROM COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH IN PATIENT THAT PRESENT A SOCIAL ANXIETY DISORDER IN THE "ESE" INTEGRATED HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL OF THE MUNICIPALITY OF ONZAGA

**AUTHOR(S):** MYRIAM JAIMES MEDINA

**FACULTY:** Esp. en Psicología Clínica

**DIRECTOR** AMPARO DURAN MOSQUERA

**ABSTRACT**

The patient object of my work, is a 12 year old girl who consults by problems of grade repetition and poor school performance, aggressive behavior awareness of the problem and inform the medical and psychological history of the patient, continuing to apply tests to complement and guide the clinical diagnosis, functional analysis in order to integrate antecedent and consequent variables of symptoms began and thereby make a clinical diagnosis, for which the diagnosis of specific phobia and social contact assessments concluded. For handling this problem was formulated a intervention plan in sixteen sessions based on cognitive behavioral therapy, applying techniques of psychoeducation, behavioral exposure, somatic control, in weekly sessions with the patient and some sessions with the parents of the patient was made, to strengthen relationships and encourage family support the therapeutic process, As a final step three follow-up sessions were established to assess the evolution of the patient. It was a constant work between patient - therapist who led the patient to recognize their distorted ideas, to change these personal situations and thus reduce symptoms, return to their studies and improve personal relationships and family.

**KEYWORDS:**

Social anxiety. Cognitive behavioral therapy, cognitive distortions.

Vº Bº DIRECTOR OF GRADUATE WORK

## INTRODUCCIÓN

Esta práctica de la Especialización en Psicología Clínica, fue realizada en el hospital Integrado San Vicente de Paul del municipio de Onzaga, Santander, institución del primer nivel de atención en salud, en el periodo comprendido entre el segundo semestre académico del año 2014 y el primer semestre académico del año 2015, dirigida por la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Bucaramanga, y orientada en el enfoque cognitivo conductual.

La práctica se orientó a prestar atención en evaluación psicológica, diagnóstico e intervención, individual. Atención grupal a familias, cuidadores y grupo de adulto mayor, en problemas de relación familiar, convivencia y buen trato, consulta y asesorías psicológicas en prevención en consumo de drogas y embarazos en adolescente, aplicación de pruebas psicológicas, valoraciones psicológicas y acompañamiento a víctimas de violencia intrafamiliar. El número de sesiones que se ofrecieron estuvieron comprendidas entre 1 a 16, de acuerdo a la necesidad del paciente.

Durante este proceso se atendieron a 60 pacientes representados en 45 mujeres y 15 hombres, entre ellos la paciente de trastorno de ansiedad social con quien realizo este trabajo. Población correspondiente al área urbana y rural del municipio, soportes entregados a la administradora de la institución.

La atención se fundamentó en el enfoque cognitivo conductual, partiendo de tener en cuenta, que los esquemas cognitivos o supuestos personales son construcciones subjetivas o representaciones mentales de las experiencias personales, las cuales adquieren significados que orientan el pensamiento, conducta y las emociones de cada persona.

Estos esquemas cognitivos son resultado del desarrollo biológico, experiencias de aprendizajes e influencias del medio social y cultural que se constituyen por los significados que cada persona interpreta y pone en funcionamiento respecto de sí mismo y del mundo que le rodea.

La distorsión de estos significados personales altera el desarrollo y funcionamiento de la persona, desencadenando psicopatologías que afectan la conducta y en un sentido más amplio la vida de la persona, en este sentido, la psicología clínica brinda los conocimientos y herramientas para comprender al individuo en su concepción, e interpretación y relación con el mundo y las técnicas y métodos terapéuticos para aliviar su malestares.

Para la organización mundial de la salud, la Salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Este es el objetivo con el que realizo este trabajo, en el que integro los conocimientos teóricos y prácticos, y oriento la aplicación de métodos, técnicas y procedimientos que me llevan a la comprensión de la forma de pensar, sentir y actuar de los pacientes, y con ello formular y aplicar un plan de intervención psicoterapéutico encaminado a modificar las cogniciones erróneas y desadaptativas para posibilitar la construcción de nuevos conocimientos que favorezcan la adaptación y funcionalidad personal y social de cada paciente.

## 1. HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

FECHA. Junio 20 de 2014

### 1.1. DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido	Z A T
Edad	12 años
Fecha de Nacimiento	20 de octubre de 2000
Nivel Educativo	6º grado
Nº de hermanos	3
Puesto en la familia	1
Identificación	100544395x 0
Nombre de la madre	Ranquelina
Edad	34 años
Profesión	ICBF
Nombre del padre	Ubaldo
Edad	33 años
Profesión	Independiente
Dirección	Calle 1- 50 Onzaga
Teléfono	3118076xxx
Responsable de la paciente	madre
Remitido	No aplica
Psicóloga tratante:	Myriam Jaimes Medina

## 2. SITUACION ACTUAL DEL PACIENTE

### 2.1. MOTIVO DE CONSULTA

**2.1.1 Referido por los adultos consultantes:** la madre manifiesta “mi hija esta rebelde e irrespetuosa, he tenido quejas que esta elevada en el estudio, no escribe en el salón, que pelea con los compañeros ,está repitiendo el grado 6° y le ha ido mal”.

**2.1.2 Referido por el paciente (adulto, joven, niño):** la niña refiere “no me gusta estudiar para las evaluaciones porque cuando voy a presentar la evaluación se me olvida, soy muy nerviosa, tengo muchos miedos cuando me pasan al tablero, no me gusta leer ni hacer nada frente a la gente, me da pena y miedo. Los profesores me dicen que debo de dejar los nervios me gusta ser amigable y me comporto bien. Cuando leo y memorizo, estudio pero siempre me va mal porque cuando voy a presentar las evaluaciones se me olvida a veces hago las tareas y poco estudio para las evaluaciones”.

Respecto a la relación familiar manifiesta que “no me gusta que me cojan las cosas mis hermanos, como los cuadernos, mis cosas personales, peleo con mi mama porque me grita, no habla con migo sino a regañones y a gritos, me culpa de cosas que no hago como cuando le pasa algo a mis hermanos se caen o se pegan algo así, dice que yo tengo la culpa porque no los cuido, mi papa no habla con migo es poco amigable, es malgeniado, solo me regaña cuando no hago las cosas mal, poco comparte con nosotros, yo quisiera que fueran más cariñosos con migo, a veces mi mama me pega cuando no le obedezco, eso no me gusta quisiera que fueran mejor las cosas que hablen con migo, me escuchen, que sean amorosos no sé”.

### 2.2 ACTITUD ANTE LA CONSULTA

Niña que se rehúsa a hablar con la psicóloga, se esconde en su habitación, se observa actitud agresiva de rechazo a la consulta, mal genio, llanto. Al contacto con la psicóloga termina aceptando la entrevista y se torna calmada contesta a las preguntas, pocas palabras a las respuestas

## **2.3. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

**2.3.1 Desencadenantes del motivo de consulta.** La madre manifiesta que hasta quinto primaria la niña le había ido bien en la escuela, pero llegó al colegio y empezó mal. Perdió el grado sexto el año pasado, este año nuevamente va mal, que le han dado muchas quejas de que se distrae que no escribe y es irrespetuosa, rebelde, no hace las tareas, le va mal en las evaluaciones, está repitiendo el grado y va perdiendo materias.

En la casa no colabora en nada, es desordenada, no quiere hablar con los papas, se queja de que no la quieren, y que no tienen tiempo para ella. Pelea con los hermanos. Se quiere retirar del colegio porque dice que no le gusta que los compañeros se burlen de ella, y “me dice que si puede esperar a la hermana menor que va en primaria para estudiar con ella en el mismo grado”. Es acelerada para hacer las cosas y come muy rápido, llora por todo y hace berrinches, no quiere que nadie sepa lo que le pasa y tampoco quiere salir, se la pasa en casa y se encierra en su habitación.

El padre habla poco con la niña y cuando estaba en gestación el padre la rechazaba y que la niña tiene resentimiento con el padre por saber que no apoyaba a la madre en el embarazo y a veces le reprocha eso.

Dice que ha hablado con la niña sobre su comportamiento pero que esta se disgusta y no se deja ayudar, que le ha estado apoyando tareas y estudio para las evaluaciones, pero que así estudie y aprenda las lecciones al otro día le va mal en las evaluaciones. Ha hablado con los profesores y ellos le indicaron que la llevara al psicólogo

### 3. HISTORIA FAMILIAR

#### 3.1 ANTECEDENTES PERSONALES

Nacimiento parto vaginal sin complicaciones, rechazo del embarazo por el padre, Niega enfermedades, niega toma de medicamentos, u otras sustancias, niega síntomas de somatización. Duerme bien, come normal, convivencia permanente con los padres, lenguaje claro coordinado con las preguntas, relación de amistad con sus compañeros

**3.1.1 Rendimiento académico/laboral:** Repetición del grado, bajo rendimiento académico, pérdida de tres materias, español (leguaje), biología, sociales, dificultad en área de español.

**3.1.2 Desempeño social:** expresa la madre que la niña quiere permanecer en la casa, no quiere salir, ni hablar con la gente, le ha notado que tiene miedo de salir sola a la calle, no le gusta que la miren las demás personas, ni que le miren sus cosas y pasa tiempo encerrada en su habitación, se esconde cuando llega gente a casa, o si se encuentra entre gente se siente incómoda y busca la manera de irse a su casa. Le gusta jugar con niños pequeños y tiene pocas amistades.

La niña refiere que le gusta salir a la calle acompañada porque se siente rara si sale sola, “siento que la gente habla de mí, que me miran, eso me da angustia camino rápido, me siento rara”, dice que en el colegio algunos profesores la molestan, no le revisan las tareas, la excluyen de las clases, “pienso que me odian”, dice tener amigos en el colegio que se lleva bien con ellos y manifiesta mucho miedo cuando la pasan al frente de sus compañeros, al tablero, o cuando lee en público porque “mis compañeros se burlan de mí y me dicen gafufa”

#### 3.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

Familia integrada por vínculo matrimonial, con fruto de tres hijos, dos mujeres de 12 y 9 años y un niño de 4 años, padres en convivencia marital, relación de pareja conflictiva, desde cuando

estaba embarazada de la niña, la madre lloraba mucho, (se observa llanto de la madre), actualmente. Los conflictos de pareja son frecuentes, y mantiene una relación poco afectiva con la familia de su esposo. Estabilidad económica, niega enfermedades en la familia.

**3.2.1 Comunicación:** “mi papa no habla con migo, mi mama me grita, me culpa de cosas que no hago, quisiera que fueran más cariñosos con migo, hablo y le tengo más confianza a mi mama”

**3.2.2 Solución de conflictos** en la casa “me gritan, me culpan de todo lo que pasa por ejemplo cuando mis hermanos se caen o hacen algo mal, a mí me culpan, a veces me pegan por eso o porque no hago caso, prefieren a mis hermanos”

**3.2.3 Respuesta o emoción ante la solución de conflictos:** “a mí me da rabia que me griten y lloro cuando me pegan, me encierro. Me da rabia que mis hermanos me cojan las cosas y a veces le pego, porque mi mama no les dice nada” ni mi papa.

### 3.3. GENOGRAMA FAMILIAR

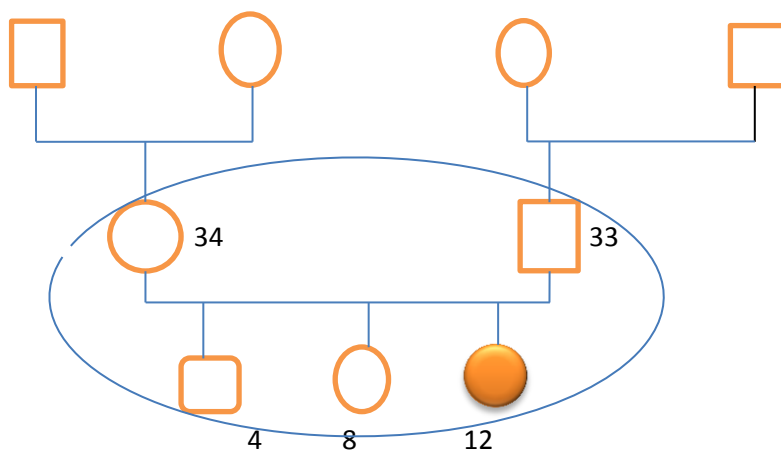


Figura 1 Genograma Familiar

## **4. EVALUACIÓN DIAGNOSTICA**

### **4.1. PRUEBAS A APLICAR**

IBT Modificado para niños

AFGAR familiar

Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Auto registro de pensamientos

Escala de miedo a la evaluación negativa FNES

### **4.2. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICO**

Alteración en la relación familiar que afecta el estado emocional de la niña generando inseguridad, y miedos, aspectos que le impiden el desarrollo de sus habilidades y capacidades a nivel personal y escolar. Lo cual le llevan a bajo rendimiento escolar, y a conductas agresivas, como estrategias de afrontamiento a su deficiencia en el aprendizaje.

Pensamientos automáticos negativos “me miran, se ríen de mí, hablan de mí, me va mal, me odian” generan inseguridad, miedos, angustia, pena, nervios que se manifiesta en ansiedad a la exposición social, la cual está afectando el desarrollo de las habilidades escolares y sociales de la paciente conllevando a bajo rendimiento escolar

### **4.3. EVALUACIÓN CLÍNICA**

Ansiedad

Ansiedad específica a las evaluaciones y al contacto social

Alteración en la relación familiar, problemas de comunicación

#### **4.4. DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN DIAGNOSTICA**

Eje I. ansiedad F40

Eje II. Trastorno de ansiedad social

Eje III. Ninguna

Eje V. Problemas en el núcleo familiar (comunicación intrafamiliar inadecuada o distorsionada, Z63.8)

Eje VI. 50 a 60% de funcionalidad (López, JJ y Aliño, I. 2000)

#### **4.5. PLAN DE TRATAMIENTO.**

Terapia cognitiva conductual a la familia para reestructurar pautas relacionales e interaccionales en el núcleo familiar y reestructuración cognitiva de esquemas mal adaptativos y terapia conductual, para facilitar el desarrollo de habilidades sociales en la niña y con ello eliminar miedos a la exposición social.

#### **4.6. APLICACIÓN DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS**

**Fecha** 1 julio de 2014

**4.6.1 Objetivo:** ampliar información, aplicar pruebas psicométricas para definir diagnóstico clínico de la paciente

**4.6.2 Evolución del caso.** Paciente asiste a consulta junto con su madre se observa tranquila, la madre manifiesta que la niña no quiso volver al colegio y que se mantiene encerrada en la casa, no quiere salir, ni hablar con la gente y le ha notado que tiene miedo de salir sola. Le ofreció otras modalidades de estudio y no acepta ninguna. Dice que prefiere hacer oficio pero no estudiar.

La niña relata que no volvió a estudiar porque iba mal, “los profesores me molestan no me dejan salir del salón a descanso, un profesor no me revisa los cuadernos me excluye de sus clases, pienso que me odia”.

**4.6.3 Evolución psicológica y social.** Paciente, orientada, alerta, en buen estado físico, colaboradora, dice que le da miedo salir a la calle sola, prefiere salir acompañada porque cuando sale sola se siente rara “siento que la gente me mira y hablan de mí y eso me da angustia camino rápido, me siento nerviosa. Si salgo acompañada me siento tranquila”. Se observa que se come las uñas, hace movimiento de manos, realiza comprensión sobre el estudio como el medio para hacer algo en la vida.

**4.6.4 Acciones terapéuticas realizadas.** Se aplican pruebas programadas.

**4.6.4.1 APGAR Familiar a la paciente,** para determinar funcionalidad familiar.

Tabla 1. AFGAR Familiar, aplicado a Niña

PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			X		
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					X
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			X		
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor				X	
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa		X			

Fuente: La Autora

#### 4.6.4.2 AFGARFAMILIAR a la MADRE, para determinar funcionalidad familiar en la pareja.

Tabla 2. AFGAR Familiar Madre

PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad			X		
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo			X		
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades		X			
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor		X			
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero			X		

Fuente: La Autora

#### 4.6.2.3 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK, BAI, (Beck, A.) para definir nivel de ansiedad en la paciente.

##### 0. En absoluto

##### 1. Levemente, no me molesta mucho

##### 2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

##### 3. Severamente, casi no podía soportarlo.

Tabla 3. Inventario de Ansiedad de Beck, BAI

1. __0__ Hormigueo o entumecimiento.
2. __1__ Sensación de calor.
3. __1__ Temblor en las piernas.
4. __2__ Incapacidad de relajarse
5. __0__ Con temor a que ocurra lo peor.
6. __0__ Mareo o aturdimiento.
7. __0__ Palpitaciones taquicardias.
8. __2__ Sensación de Inestabilidad e inseguridad física.
9. __0__ Terrores.

10. __2__ Nerviosismo.
11. __1__ Sensación de ahogo.
12. __0__ Temblores de manos.
13. __0__ Temblor generalizado o estremecimiento.
14. __1__ Miedo a perder el control.
15. __0__ Dificultad para respirar.
16. __0__ Miedo a morir.
17. __0__ Sobresaltos.
18. __0__ Molestias digestivas o abdominales.
19. __0__ Palidez.
20. __2__ Rubor facial.
21. __0__ Sudoración (no debida al calor)

Fuente: La Autora

#### 4.6.4.4 IBIT MODIFICADO PARA NIÑOS aplicado a la paciente para detectar ideas irracionales

Tabla 4. IBIT Modificado para niños. Evaluación

	Verdadero	algunas veces verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	(x)	( )	( )+
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	( )	(x )	( )+
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	( x)	( )	( )+
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	( )	(x )	( )+
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	(x )	( )	( )+
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	( )	(x )	( )+
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	(x )	( )	( )
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y qué no.	(x )	( )	( )+

	Verdadero	algunas veces verdadero	Falso
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	( x )	( )	( )+
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	( x )	( )	( )+
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	( )	( )	( )+
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	( )	( )	( x )+
13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	( )	( x )	( )
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	( x )	( )	( )
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	( )	( x )	( )+
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	( x )	( )	( )+
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	( x )	( )	( )
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por qué repetirlos ahora.	( )	( x )	( )
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	( )	( x )	( )+
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	( )	( x )	( )+
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	( )	( x )	( )+
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	( )	( x )	( )+
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	( )	( x )	( )
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	( )	( )	( x )
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	( )	( x )	( )+
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	( )	( x )	( )+
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	( x )	( )	( )+
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	( x )	( )	( )+
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	( )	( )	( x )
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	( x )	( )	( )+
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	( )	( x )	( )+

	Verdadero	algunas veces verdadero	Falso
32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	( )	( x )	( )
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enoja mucho.	( )	( x )	( )+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	( )	( )	( x )
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	( x )	( )	( )+
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	( )	( x )	( )+
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	( )	( x )	( )
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	( )	( x )	( )+
39. Los problemas no tienen una sola solución.	( x )	( )	( )
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	( )	( )	( x )+
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	( )	( )	( x )
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	( x )	( )	( )+
43. Me enoja o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	( x )	( )	( )+
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	( x )	( )	( )+
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les prestó atención.	( x )	( )	( )
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	( x )	( )	( )
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para más tarde.	( )	( x )	( )
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	( x )	( )	( )+
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy sería diferente.	( )	( x )	( )+
	48		11

Fuente: La Autora

**4.6.4.5 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa FNES** para observar pensamientos y sentimientos que experimenta la paciente ante la evaluación interpersonal y medir el temor a

recibir críticas o apreciaciones negativas por parte de los demás. (Salinas, J.M., Sierra, J.C. y Zubeidat, I. 2007)

Tabla 5 Escala de Miedo a la Evaluación Negativa FNES

	Por favor, conteste si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:	SI	NO
1	Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás. P		X
2	Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema. N	X	
3	Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/evaluando. N	X	
4	No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí. P		X
5	Me siento muy afectado cuando cometo algún error en una situación social. N		X
6	Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mí me causan poca ansiedad. P	X	
7	Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer alguna tontería. N		X
8	Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran. P		X
9	Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos. N	X	
10	La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí. P		X
11	Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor. N	X	
12	Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona. P		X
13	Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta. N	X	
14	Me da miedo que la gente me critique. N	X	
15	Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan. P	X	
16	No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien. P		X
17	Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de mí. N	X	
18	Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Entonces, ¿por qué preocuparme? P		X
19	Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar. N		X
20	Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí. N		X
21	Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí. P	X	
22	Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena. N		X
23	Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí. P		X
24	A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensen de mí. N	X	
25	A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones. N		X
26	A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen de mí. P		X
27	Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí. P	X	
28	A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí. N		X
29	Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí. N	X	
30	Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes. N		X

Fuente: La Autora

#### 4.6.4.6 Auto registro de Situaciones, Pensamientos, Emociones y Conductas para conocer distorsiones cognitivas y mal adaptativas en la paciente. (Ruiz, J y Imbernon, J.J. 2007)

Tabla 6. Auto registro de Situaciones, Pensamientos y Emociones.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	VALOR DE 1-100	CONDUCTA
No hice el trabajo	Me regañan los profesores	miedo	100	No voy al colegio
	Me toca traer a mis papas		90	
Los profesores	Me excluye	Rabia me siento sola	100	No le hablo al profesor
Me ofenden mis compañeros	Me siento mal	Rabia tristeza	100	No les hablo y me alejo de ellos
Las evaluaciones	Me va a ir mal	Escalofríos y miedo	90 100	Me preocupa mucho si la ganaba o las perdía, se me olvida la evaluación
Hablar en público frente de mis compañeros	Solo me miran a mi Que me iban a colocar algo que no sabia	Angustia	100	No pasaba al frente
		miedo	90	
Participación en clase	Todos se ríen de mi	Nerviosa	100	No soy capaz de contestar.
		Miedo	100	
		angustiada	100	

Fuente: La Autora

**4.6.4.7 Test Para Habilidades de Aprendizaje:** Se aplicó para valorar lectura, comprensión y fluidez verbal, escritura, ortografía, calculo numérico. Recuperado de: <http://www.tests-gratis.com/index.html> . Ver Anexo.

**Observaciones** se observa actitud colaboradora, se motivó a la niña a realizar un comparativo entre el tiempo que ha estado fuera del colegio como se sintió y las actividades que realiza y estando en el colegio que actividades realiza y como se siente. La niña define el trabajo fuera del colegio como duro, pesado y que es mejor estudiar. No se observa sentimientos por dejar el colegio.

**Recomendaciones a seguir:** se motiva a la niña a establecer la relación afectiva con los padres. Se recomienda a la madre eliminar calificativos negativos hacia la niña en su convivencia

familiar, resaltar y alabar los esfuerzos o logros y las capacidades y habilidades de la paciente y trato igual para todos los hijos.

Firma usuario -----

Psicólogo-----

#### 4.7. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS APLICADAS

Los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas son los siguientes:

*Tabla 7. Resultados Pruebas*

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>PUNTUACION</b>	<b>RESULTADO</b>
AFGAR FAMILIAR NIÑA	12	Disfunción familiar moderada
AFGAR MAILIAR MADRE	8	Disfunción familiar severa
INVENTARTIO ANSIEDAD DE BECK BAI	12	Nivel de ansiedad leve

*Fuente: La Autora*

**El IBIT modificado para niños:** reporta resultados así:

*Tabla 8 Resultados IBIT modificado para niños*

<b>IDEAS</b>	<b>PUNTAJE</b>	<b>ÍTEMS</b>
Necesidad de aprobación	9	9, 20, 29 y 40
Territorialidad	14	1, 10, 21, 30, 41
Auto exigencia	9	2,11,22,42
Necesidad de control	9	3, 12, 31, 43
Culpar a otros	9	4, 23, 32, 44
Reacción a la frustración	10	5, 13, 24, 33, 45
Irresponsabilidad emocional	6	6, 14, 34
Ansiedad por preocupación	8	15, 25, 35, 46
Evitación de problemas	8	7, 16, 36, 47
Dependencia	11	8, 17, 26, 37, 48
Influencia del pasado	8	18, 27, 36, 49
Perfeccionismo	6	19,28, 39

*Fuente: La Autora*

El resultado de la prueba IBIT muestra la mayoría de las puntuaciones por encima del límite superior, según la escala de baremos del IBIT modificado para niños. Lo que indica la presencia de ideas irracionales en la niña

**Escala de miedo a la evaluación negativa FNE:** reporta los siguientes resultados

*Tabla 9. Resultados Escala de miedo a la evaluación negativa FNE*

<b>RESPUESTAS DE SI O VERDADERO</b>	<b>PUNT AJE</b>	<b>RESPUESTAS DE NO O FALSO</b>	<b>PUNT AJE</b>
Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema	1	Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás	1
Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando /evaluando	1	No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mi	1
Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mí me causan poca ansiedad	1	Me siento muy afectado cuando cometo un error en una situación social	1
Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos	1	Temo a menudo que pueda parecer tonto o hacer alguna tontería	1
Si alguien me está evaluando tiendo a esperar lo peor	1	Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran	1
Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta	1	La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí	1
Me da miedo que la gente me critique	1	Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona	1
Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan	1	No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien	1
Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando a cerca de mí	1	Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces, porque preocuparme?	1
Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí	1	Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar	1
Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí	1	Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí	1
A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensan de mí	1	A menudo soy indiferente a cerca de las opiniones que los demás tienen de mí	1
Generalmente confío en lo que los demás tendrán una impresión favorable de mí	1	A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí	1
Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí	1	Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes	1
Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena	1		
A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones	1		
Total	16		14

Fuente: La Autora

Esta escala reporta un resultado de 16. Teniendo que en cuenta que la escala refiere un rango de puntuación que oscila entre “0 bajo temor y 30 alto temor”; según la puntuación reportada en la escala aplicada se observa alto temor en la paciente, a ser evaluado negativamente.

### **Test para evaluar habilidades de aprendizaje**

*Tabla 10. Resultado Habilidades de Aprendizaje*

<b>TEST</b>	<b>Nº DE PREGUNTAS</b>	<b>PUNTAJE</b>
Comprensión verbal	5	2
Fluidez verbal	15	7
Letras comunes	13	6
Ortografía	10	0.5
Calculo numérico	5	5.0

Fuente: La Autora

Los resultados muestran deficiencia en comprensión verbal, ortografía.

## **4.8 ANÁLISIS DE RESULTADOS**

**AFGAR familiar**, un instrumento encaminado a evaluar la funcionalidad de la familia de la paciente o a detectar algún factor de riesgo en la familia, es aplicado a la madre y a la paciente por separado. Los resultados resalta insatisfacción por la paciente y la madre en aspectos como: el compartir en familia, la ayuda que reciben, el apoyo, el afecto, y la comunicación que existe en la familia, los cuales califican como a veces o nunca. Estos aspectos son fundamentales para el entendimiento, seguridad, y estabilidad familiar y emocional de los integrantes.

### **Inventario de ansiedad de Beck (BAI)**

Los resultados del instrumento aplicado a la paciente, reportan un nivel de ansiedad leve con un puntaje de 12, donde los síntomas relevantes son:

Tabla 11. Resultados Inventario de Ansiedad de BECK (BAI)

<b>Síntomas</b>	<b>Puntaje</b>
Sensación de calor	1
Temblor en las piernas	1
Incapacidad de relajarse	2
Sensación de inestabilidad e inseguridad física	2
Nerviosismo	2
Sensación de ahogo	1
Miedo de perder el control	1
Rubor facial calificado con	2

Fuente: La Autora

Los síntomas que reporta esta prueba reflejan respuesta cognitivas, motoras y fisiológicas en la paciente

### **IBT modificado para niños**

Comparando los resultados de este instrumento con los valores establecidos de los baremos de la escala establecida para evaluar la prueba, se observa que la prueba aplicada a la paciente reporta puntuaciones por encima del límite superior de los baremos IBT.

Tabla 12 Resultados del IBIT modificado para Niños

<b>IDEA</b>	<b>LÍMITE SUPERIOR IBT</b>	<b>PUNTAJE PACIENTE</b>
Necesidad de aprobación	8.3	9
Territorialidad	11.1	14
Auto exigencia	8.7	9
Necesidad de control	7.5	9
Culpar a otros	9.0	9
Reacción a la frustración	10.4	10
Irresponsabilidad emocional	5.6	6
Ansiedad por preocupación	9.1	8
Evitación de problemas	7.3	8
Dependencia	9.4	11
Influencia del pasado	7.3	8
perfeccionismo	6.8	6

Fuente: La Autora

El resultado resalta ideas como: territorialidad, necesidad de aprobación, control, tolerancia a la frustración, irresponsabilidad emocional, evitación de problemas dependencia.

**Auto registro de situaciones, pensamientos, emociones y conductas,** muestra:

**Situaciones escolares** como: no hacer el trabajo, los profesores, ofensas de los compañeros, miedo a las evaluaciones, el hablar en público frente a compañeros, la participación en clase. Salir a la calle, Son situaciones que exponen a la niña a ser criticada, evaluada por otros y que refiere le desencadena miedo.

**Pensamientos:** me regañan, me toca traer a mis papas, me excluyen, me siento mal, me va a ir mal, solo me miran a mí, me van a colocar algo que no se, todos se ríen de mí, hablan de mí, son supuestos que la niña formula antes de que ocurran los hechos.

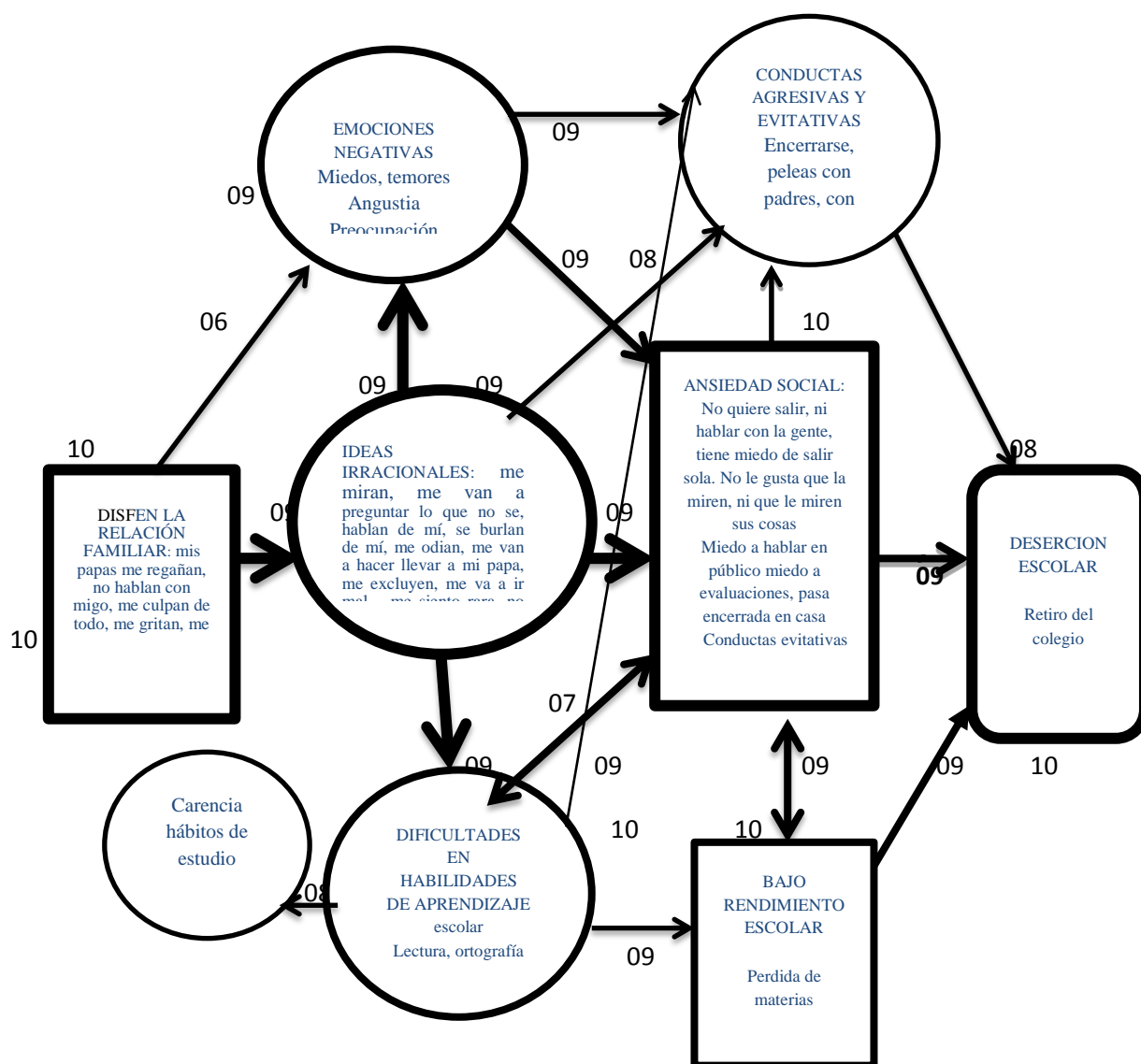
**Emociones:** miedo, me siento sola, rabia, tristeza, angustia, nervios valoradas por la paciente con 100 puntos, en escala de 1 a 100. Y escalofríos con un valor de 90, la valoración que hace la paciente de su estado emocional muestra un nivel alto de activación emocional ante las situaciones anteriormente descritas

**Conductas** que desarrolla la paciente son conductas de evitación a las situaciones de exposición social que se le presentan en el colegio y en la calle. Atención selectiva a miradas o críticas.

**La escala de miedo a la valoración negativa aplicada** a la paciente reporta alto temor a ser evaluado negativamente, con un puntaje de 16 en una puntuación que oscila según la interpretación de la escala en “0 bajo temor y 30 alto temor

**El test de valoración de habilidades de aprendizaje** muestra dificultad en las áreas evaluadas de comprensión de lectura con un puntaje de 2/5 y en ortografía con un puntaje de 0,5/10 puntajes que indican dificultad para el aprendizaje de la niña, especialmente para responder por evaluaciones o análisis.

## 4.9 ANALISIS FUNCIONAL



*Figuran 2 Análisis Funcional*

Disfunción familiar:  $10 \times 0.9 \times 0.6 = 5.40$

Ideas irracionales:  $09 \times 09 \times 09 \times 09 \times 08 = 5.2488$

Habilidades del aprendizaje:  $09 \times 09 \times 09 \times 07 \times 06 = 4.0824$

#### **4.9.1 Resultados del análisis funcional.**

El análisis funcional describe varios problemas que varían en importancia y múltiples variables causales de diferente magnitud que interactúan afectando con mayor o menor fuerza y en diferentes direcciones la conducta de la niña.

En este sentido el problema de mayor magnitud según las vías causales es el problema de “Disfunción familiar” con un resultado de 5.40, el cual se juzga como problema desencadenante de la variable “ideas irracionales”, y del problema de en “ansiedad social” de la niña. Por generar inseguridad y baja autoestima en la niña.

La variable “ideas irracionales” con resultado de un valor de 5.2488 según las vías causales, se juzga como variable antecedente, es decir, que motiva en gran magnitud las variables consecuentes “emociones negativas”, el problema de “ansiedad social”, y la dificultad en habilidades del aprendizaje y con ellas el “bajo rendimiento escolar” y conductas agresivas de la paciente, que se cree cederán con el tratamiento de las ideas irracionales

La variable “dificultad en las habilidades de aprendizaje” con un resultado de 4.0824 la cual se juzga motiva ansiedad en la paciente y afecta el rendimiento escolar y con ello la deserción escolar de la paciente

## 5. DIAGNOSTICO

### 5.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO.

teniendo en cuenta los resultados de las pruebas aplicadas, entre ellas: AFGAR familiar, inventario de ansiedad de BECK BAI; IBT modificado para niños, escala de miedo a la evaluación negativa FNES, Auto registro de situaciones, pensamientos, emociones y conductas, test para la evaluación de habilidades de aprendizaje, resultados del análisis funcional Y criterios del DSMIV –TR, BREVIARIO (López, J.J. y Aliño, I. 2000), la paciente presenta un trastorno de ansiedad social F40.1 /300.23/: en los siguientes criterios:

- “Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a evaluación por parte de los demás”,( miedo a hablar en público, miedo a salir al frente de los compañeros, miedo a participar en clase, miedo a salir sola, miedo a las evaluaciones).
- “la exposición a situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad”, (conductas agresivas, conductas evitativas, no quiere salir sola, se esconde cuando llega genta a su casa, temblor, miedo, se olvida lo aprendido, angustia)
- “las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con malestar intenso”,(no quiere estudiar, no quiere salir sola, pide que la dejen repetir el grado escolar cuando su hermana menor este en el mismo grado con ella, dice que prefiere irse a la finca a trabajar y no ir al colegio, se mantiene encerrada, se retiró del colegio).
- “los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en las situaciones sociales o actuaciones en público temidas, interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo en sus relaciones laborales o académicas o sociales o bien produce un malestar clínicamente significativo”, (bajo rendimiento académico, perdida del grado escolar, repetición del mismo grado y retiro del colegio, pocos amigos, conflicto familiar, irse de donde hay gente)

- “En los menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses” (paciente con cuadro clínico de hace 2 años).
- “El miedo o comportamiento de evitación se debe a” miedo a que la evalúen negativamente los demás, en especial los compañeros de clase, (hablan de mí, se ríen de mí, me odian, me miran, me preguntan lo que no sé, me va a ir mal, no me quieren, cuando presento las evaluaciones se me olvida todo).

También cumple criterios para trastorno del aprendizaje escolar, trastorno de la lectura F81.0, código CIE-10 (Caballero, L. y Margritos, M. 2007), eje II, representado en nivel de lectura bajo en relación con la edad de la paciente y el nivel escolar, errores en lectura oral como omisión y distorsión de palabras, omisión de letras dentro de la palabra y dificultad en la ortografía al escribir.

## 6. PLAN TRATAMIENTO

Se plantea el tratamiento para el problema de la paciente, encaminado a tratar:

El problema de disfunción familiar en el hogar de la paciente, además como problema desencadenante del trastorno de ansiedad social en la paciente. Se juzga que el mejoramiento de la relación familiar estimulara la seguridad y autoestima de la paciente y motivara el fortaleciendo del desempeño escolar y social de la paciente

La variable “ideas irracionales” como variable antecedente que afecta las demás variables que motivan del problema de ansiedad social de la niña. Se juzga que con el tratamiento de las “ideas irracionales” cederán las emociones negativas y con ellas, la ansiedad social, y las conductas agresivas y evitativas de la paciente, lo que llevara a una estabilidad emocional de la paciente, la cual favorecerá el desarrollo de las habilidades del aprendizaje escolar y el mejoramiento del rendimiento escolar, como la adecuada socialización en la paciente

La variable “habilidades del aprendizaje escolar”: como variable consecuente que afecta el problema de rendimiento escolar y de ansiedad social en la paciente, se juzga cederá con el manejo de la variable “ideas irracionales” como variable antecedente al problema de ansiedad social de la paciente, el cual afecta en gran magnitud y en diferentes direcciones el desarrollo escolar de la paciente

### 6.1 MÉTODO

Terapia cognitiva y conductual encaminado a reestructura ideas irracionales “distorsiones cognitivas” y modificar conductas mal adaptativas en la paciente

### 6.2 TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Para el proceso terapéutico aplicare:

**6.2.1 Cognitivas: cambio atribuciones:** identificación y reestructuración de esquemas mal adaptativos; reestructuración cognoscitiva ideas irracionales; cogniciones negativas.

**6.2.2 Técnicas de control somático:** regulación emocional: reentrenamiento en respiración y Entrenamiento en respiración diafragmática. Relajación progresiva.

**6.2.3 Técnica exposición conductual:** habituación: Entrenamiento en afrontamiento de situaciones difíciles. (Modelamiento, exposición, instrucción, Imaginación)

## **6.3 OBJETIVOS TERAPEUTICOS**

### **6.3.1. Objetivos Generales**

- Mejorar la relación de los padres con la niña para aumentar la seguridad y autoestima de la niña
- Modificar las ideas irracionales de la niña sobre sí misma y en la interacción con los demás, Monitorear las emociones de la niña
- Entrenar en habilidades de exposición social para eliminar conductas evitativas a las situaciones escolares y sociales
- Reducir los niveles de ansiedad a nivel fisiológico conductual y emocional
- Entrenar habilidades sociales y de aprendizaje escolar

### **6.3.2. Objetivos específicos**

- Motivar a la niña a reconocer y cuestionar las ideas irracionales que afectan su interacción y desempeño personal y escolar de manera que logre cambiar estos esquemas por otros más apropiados para eliminar efectos emocionales y de conducta de la paciente.
- Identificar los sesgos cognitivos en el procesamiento de la información atencional (me miran, hablan de mí, se ríen de mí) e interpretativo me (va a ir mal, me odian, me siento rara) y de memoria (todo se me olvida), en la paciente y reducir sus efectos mediante Psicoeducación y ejercicios de exposición, imaginaria, modelamiento e instrucción y concluir análisis interpretativos personalizados
- Entrenar técnicas de relajación y reentrenamiento en respiración diafragmática, para Reducir la activación fisiológica, y emocional en la paciente

- Entrenar en habilidades para afrontar situaciones problema mediante técnicas conductuales de exposición social, escolar familiar.
- Modificar las distorsiones cognitivas, visión catastrófica, maximización; minimización de sus capacidades
- Orientar el desarrollo de habilidades de aprendizaje escolar, lectura y ortografía para motivar la seguridad y confianza en el desarrollo de actividades escolares y favorecer el mejoramiento del rendimiento académico

## **6.4 DURACIÓN DEL TRATAMIENTO**

**6.4.1 Numero de Sesiones:** 16 sesiones mediante 4 fases así: entrega de resultados; reestructuración cognitiva; entrenamiento en relajación y respiración diafragmática; exposición a situaciones problema y Entrenamiento en habilidades sociales y aprendizaje

### **6.4.2 Fases:**

- Informara la paciente sobre el diagnostico, enseñar modelo explicativo del problema, acordar objetivos
- Reestructuración cognitiva: Psicoeducación para modificar ideas irracionales distorsiones cognitivas, mejorar seguridad y autoestima (cuestionamiento, evidencias, retribuciones, análisis de capacidades personales, autoimagen) dialogo socrático
- Entrenamiento en relajación muscular para controlar activación fisiológica y Entrenamiento Respiración diafragmática para controlar activación emocional
- Exposición a situaciones escolares, de público y familiares
- Entrenamiento en habilidades escolares: lectura, ortografía solución de problemas
- Orientación en habilidades de aprendizaje escolares

## 7. PLAN DE INTERVENCIÓN

*Tabla 13 Plan de Intervención Terapéutica*

No.	PROCESO TERAPEUTICO	TAREAS CASA	OBSERVACION
1	Cita inicial, entrevista conocer el problema	Horario de tiempo libre	
2	Entrevista semiestructurada, aplicación de pruebas	Auto registro	
3	Paciente no asiste		
4	Entrevista semiestructurada y aplicación de pruebas	Leer	
5	Entrevista semiestructurada, devolución de resultados, acordar objetivos, modelo explicativo	Leer	
6	Reestructuración cognitiva: Identificación de ideas irracionales, cuestionamiento, evidencias, Psicoeducación	Auto registro	
7	Reestructuración cognitiva, ideas irracionales, de sí misma, relación con los demás.		
8	Reestructuración cognitiva autoimagen, visión catastrófica, maximización; minimización de sus capacidades respiración diafragmática		
9	Reevaluar tareas para verificar conocimiento adquirido por la niña. Practicar respiración diafragmática. Ejercicio de exposición imaginaria a situaciones escolares.(pasar al tablero, hacer una exposición, hacer una evaluación) reestructuración cognitiva Auto registro		
10	Trabajar miedos a las evaluaciones., entrenamiento en técnicas de relajación y respiración,, Exposición imaginaria a situaciones de público(hablar, dirigir reunión) Auto registro		
11	Trabajar miedos a las evaluaciones, exposición a evaluaciones, análisis de peligros, afectación emocional, reestructuración cognitiva de dichas ideas actividad de respiración y relajación,		
12	Psicoeducación a los padres pautas en el trato y relación con la niña, conversatorio padres e hija para motivar autoestima, seguridad en la paciente actividad de relajación y respiración diafragmática, Auto registro de emociones		

No.	PROCESO TERAPEUTICO	TAREAS CASA	OBSERVACION
13	Reestructuración cognitiva en solución de problemas, E. relajación y respiración diafragmática, ejercicio de exposición imaginaria a la solución de problemas , solución de problemas		
14	Exposición e instrucción en lectura y manejo de ortografía. Ejercicios de exposición a la lectura y ortografía, reestructuración cognitiva		
15	Evaluación de la evolución de la paciente		
16	Seguimiento y evaluación		

Fuente: La Autora

## 8. EJECUCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

### SESION INICIAL

**Fecha:** 20- 06 2014

**Objetivo:** conocer el motivo de consulta, y establecer contacto con la paciente

Se realiza cita inicial solicitada por la madre quien expresa preocupación por el bajo rendimiento académico de la niña.

Paciente se rehúsa a hablar con la psicóloga, se esconde en su habitación finalmente accede a la consulta. Se observa orientada, tímida, callada, poco amable, de mal genio. Se le explica la importancia de la consulta y de la atención psicológica como medio para ayudarle a superar sus dificultades y para mejorar su calidad de vida y su desarrollo personal y social, finalmente accede a la consulta

**Observaciones** la paciente expresa atención selectiva a las demás personas a lo que dicen y piensan de ella, y con ella genera unos pensamientos negativos mal adaptativos que le afecta el desarrollo de actividades y habilidades personales y sociales

**Recomendaciones** Se le garantiza el secreto profesional en su tratamiento. Se recomienda a la madre mejorar el trato y relación con la niña, no usar el castigo físico ni psicológico (gritos, groserías, amenazas para formar a la niña) se le explica que el maltrato no forma ni educa, por el contrario causa daño emocional y minimiza las capacidades y habilidades en la paciente, se le motiva a dialogar y concertar las dificultades presentadas en la relación con la niña y a motivar el desarrollo autoestima de la paciente

**Tarea:** Se orienta a la niña y a la madre a elaborar un horario para organizar el tiempo de estudio en casa, y brindar acompañamiento o apoyo a la niña para que pueda realizar las actividades escolares

Se invita a la niña asistir la próxima cita para continuar el proceso para ayudarle a vencer las dificultades que le afectan. Se compromete a acudir a la cita.

**SESION No. 2****Fecha: 10 07 2014****Hora: 2 pm**

**Objetivo:** ampliar información del caso con entrevista a la niña, detectar esquemas cognitivos disfuncionales de la paciente, aplicar pruebas, para definir diagnóstico

Paciente acude a la cita de manera puntual la acompaña la madre. Se realiza entrevista semi estructurada para complementar la información.

**Evolución:** Paciente, orientada, alerta, en buen estado físico, colaboradora, dice que no le gusta salir sola a la calle porque se siente rara “la gente, me miran, hablan de mí y eso me da angustia camino rápido, me siento rara, y me pongo nerviosa, por eso prefiero no salir”, “acompañada me siento mejor, tranquila”. No volvió al colegio por que le había ido mal en varias materias, que sus compañeros se burlan de ella y los profesores no la quieren, no sabe explicar porque sus compañeros y los profesores tienen estos comportamientos, se observa nerviosa, se come las uñas, mueve y entrelaza las manos al hablar; realiza comprensión sobre el estudio como el medio para hacer algo en la vida, manifiesta que el próximo año inicia su estudio nuevamente.

Se motiva a la paciente a realizar auto registro de las situaciones que le afectaban en el colegio describiendo lo que pensaba y sentía en cada situación y asignando el puntaje que considere conveniente en escala de 1 a 100.

Mediante preguntas se lleva a la paciente a reflexionar que aspectos le hacen pensar que hablan mal de ella, que motivos existen para que hablen mal de ella, cuál sería la razón para que hablen mal de ella, a analizar si los compañeros lo saben todo y no se equivocan, si son perfectos para tener razones de criticarla, cuales evidencias le han comprobado que hablan mal de ella, la niña concluye que no existe motivo y que no puede comprobar que sus ideas sean ciertas. Sonríe.

Se brinda Psicoeducación a la paciente explicándole que los pensamientos creencias, atribuciones que nos hacemos, se forman en la infancia por las relaciones con las figuras vinculares (padres, maestros, hermanos) y Representan los conceptos o ideas que el individuo forma respecto a sí mismo y a los demás. Que estos conceptos o ideas son estructuras cognitivas que le permiten al individuo interpretar la realidad y organizar su experiencias. En ocasiones, el

procesamiento de la información se distorsiona y se torna disfuncional, es decir, contribuyen a la iniciación y mantenimiento de problemas psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad en las relaciones interpersonales, fobias, etc.

Tomando el modelo de Beck se le explica que *“las conductas, los pensamientos y la emoción están íntimamente conectadas la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo”*. (Beck, A. 1967,1976), es decir, los pensamientos que tengamos (las cogniciones) van a influir directamente en las emociones que vamos a experimentar en distintos momentos de nuestra vida y estas emociones influyen en nuestro comportamiento.

Es decir, los efectos y la conducta del individuo están determinados por la manera que tiene de estructurar su mundo, por la manera en que entendemos a nosotros mismos y a los demás. No es la situación en sí misma, sino la percepción de la situación lo que influye en mayor medida en las emociones y los comportamientos que se suscitan

Que se genera comportamiento anormal cuando la persona tiene creencias irracionales, atribuciones falsas, imágenes y auto instrucciones negativas, bajas expectativas, déficit en la resolución de problemas y esquemas des adaptativos tempranos, se hace referencia a sus ideas resaltando la afectación que han venido ocasionando en su desempeño personal y escolar, con el fin de motivar a la paciente a tomar conciencia sobre sus ideas irracionales y a cuestionar su comportamiento.

Se continúa la actividad con la aplicación a la madre y a la niña de la prueba, el AFGAR familiar para determinar funcionamiento familiar, la prueba de inteligencia IBT modificado para niños, para determinar creencias irracionales y el inventario de ansiedad de Beck BAI para determinar nivel de ansiedad en la paciente

**Observación:** Se observa paciente colaboradora, tranquila, realiza las pruebas sin inconveniente.

**Recomendaciones:** se motiva a la paciente a establecer relación afectiva con los padres a través del dialogo y la comunicación asertiva. Se recomienda a la madre eliminar calificativos negativos hacia la niña en su vivencia familiar, motivar y estimular capacidades y habilidades de la paciente para fortalecer la autoestima

### **SESIÓN No. 3**

**Fecha:** 21 07 2014

**Hora:** 2 pm.

Paciente no asiste, la madre informa vía telefónica que la paciente viajo a Bogotá donde familiares, aplaza la cita para el 1 de agosto de 2014

### **SESIÓN N 4**

**Fecha** 1-08 2014

**Hora:** 2 pm.

**Objetivo:** aplicación de nuevas pruebas para ampliar información, evaluar y descartar problemas de aprendizaje en la niña, orientar diagnóstico y motivar a la paciente para dar continuidad al tratamiento.

Paciente asiste a la sesión acompañada de su madre, se observa animada manifiesta que visito a los tíos y estuvo contenta, se le explica que la evolución y eficacia del tratamiento depende del interés, disponibilidad y puntualidad de la paciente en la asistencia a las citas y en el trabajo conjunto con el terapeuta en las actividades y tereas a desarrollar durante el proceso terapéutico, se invita a continuar el proceso regularmente con el fin de obtener resultados positivos a su problema.

Se da a conocer el objetivo de la actividad a la paciente y se aplícala escala de miedo a la evaluación negativa FNES, para medir la intensidad del temor experimentado por la paciente ante la posible evaluación negativa por parte de los demás; el auto registros de situaciones escolares, para determinar situaciones y el nivel de afectación emocional y conductual de la paciente; el TES para evaluar habilidades de aprendizaje (comprensión de lectura, fluidez verbal, ortografía, calculo numérico), la paciente realiza las pruebas amablemente.

Se le informa que se evaluaran las pruebas y con los resultados se integrara el diagnostico de su caso, el cual se dará a conocer la próxima cita para su concepto y concertación del tratamiento psicoterapéutico

**Tarea:** asistir a la próxima cita junto con los padres para tratar lo relacionado con el tratamiento de la paciente, la madre se compromete a cumplir la cita.

## **SESIÓN No. 5**

**Fecha. 24-08-2014**

**Hora: 2 pm.**

**Objetivo: dar** a conocer el diagnóstico, tratamiento, acordar objetivos, evaluar expectativas del tratamiento. Y orientar apoyo en el tratamiento.

Se da la bienvenida a los padres y a la paciente a la cita y se enfatiza en la importancia de brindarle apoyo mutuo en el tratamiento a la paciente y motivar el cumplimiento del mismo para logra los resultados esperados.

**Evolución:** la paciente acude a la cita se observa animada, buen estado general, manifiesta sentirse mejor con sus papas, está yendo a la finca donde los abuelos varios días a la semana y allí colabora con los oficios de la casa y acompaña a la abuela.

Se da a conocer los resultados de las pruebas aplicadas a la paciente donde se les explica que el AFGAR familiar aplicado a la niña reporta resultado de una disfunción familiar moderada en el hogar de la paciente, el AFGAR familiar aplicado a la madre muestra una disfunción familiar severa en la relación de pareja, la prueba IBIT modificado para niños muestra la presencia de ideas irracionales que están afectando el desempeño personal y escolar de la paciente, la Escala de miedo a la evaluación negativa FNE, muestra alto temor a ser evaluada negativamente y el tés de habilidades del aprendizaje muestra dificultad en las áreas de lectura y en ortografía.

Con estos resultados y con la sintomatología descrita por la madre y la paciente en las consultas anteriores se define el diagnóstico de ansiedad social o fobia social a las evaluaciones y al contacto social y se indica que el tratamiento psicoterapéutico va orientado a modificar estos factores que reportan las pruebas psicológicas.

Se les explica a los consultantes que la fobia social, es el *“temor que siente la paciente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en la que las personas se ven expuestas a gente desconocida, a críticas por parte de los demás”* (Ellis, A. 2000). La persona tiene miedo de

hacer algo que le salga mal que quede en ridículo, tiene que hacer algo mientras sabe que los demás lo observan o evalúa su conducta. La conducta se deteriora solo cuando los demás la están observando, además es un problema que afecta cuando está expuesta a gente particular porque con los familiares la paciente no se sienta mal.

El padre de la paciente expresa que su hija cuando estaba en contacto con otras personas se ponía inquieta y buscaba la manera de retirarse o se va para su casa, o cuando tiene que pasar frente a personas desvía el camino, se hace énfasis en los síntomas de la niña y se les explica que esas son conductas evitativas y son la forma de afrontar la paciente el problema y que son las adecuadas ya que no dejan a la paciente enfrentar su problema para darle solución.

También se muestra las consecuencias de este problema en la niña (bajo rendimiento escolar, repetición de grados, pocos amigos, retiro del colegio, el permanecer encerrada, comportamientos agresivos, conductas de evitación). y se explica el impacto que puede generar en la vida adulta. (Quedarse sin estudio, inestabilidad laboral, aislamiento o no socializar, dificultad para establecer una familia, dependencia de los padres) entre otras.

Se les da a conocer los objetivos del tratamiento a los padres y a la paciente

- Mejorar la relación de los padres con la niña para aumentar la seguridad y autoestima de la niña
- Modificar las ideas irracionales de la niña sobre sí misma y en la interacción con los demás, Monitorear las emociones de la niña
- Entrenar en habilidades de exposición social y para eliminar conductas evitativas a las situaciones escolares y sociales
- Reducir los niveles de ansiedad a nivel fisiológico conductual y emocional
- Orientar el desarrollo de habilidades de aprendizaje escolar a la paciente

Duración del tratamiento, 16 sesiones, se establece la duración de cada sesión de 1 hora, con cita semanal. Las técnicas a utilizar en el tratamiento son cognitivas para modificar ideas irracionales, técnicas de control somático para eliminar activación emocional y fisiológica, y técnica conductual (modelamiento, exposición, instrucción, Imaginación) para desarrollar habilidades de afrontamiento.

Se evalúa expectativas respecto al tratamiento tanto de los padres como de la niña. Los padres se muestran interesados en el tratamiento a realizar y ofrecen la disponibilidad para apoyarla paciente, la paciente se compromete y expresa su interés por que quiere seguir con su estudio y espera que el próximo año le vaya bien

**Observaciones** los padres expresan el interés por el tratamiento de la niña y se comprometen a apoyarla en las actividades y las citas.

**Recomendaciones** Se recomienda trabajo conjunto con: los padres, la niña y el terapeuta, para la efectividad del tratamiento; el apoyo a la niña para que realice las tareas que se dejarán en casa y para que asista a las citas, trato respetuoso y comunicación asertiva en la familia para mejorar la relación familiar

**Tarea:** Con la madre se acordó incluir a la niña en sus actividades de su trabajo como reuniones o actividades lúdicas de su grupo, en realizar pequeñas actividades como el recibimiento de los padres, lecturas, oraciones en las actividades programadas, para exponerla al contacto social con el público y resaltar las capacidades de la niña, cada que obtenga un logro por pequeño que sea.

## **SESIÓN No. 6**

**Fecha: Septiembre 2 de 2014**

**Hora: 11 am**

**Objetivo:** Brindar Psicoeducación sobre el trastorno de ansiedad social, y motivar a la paciente a identificar ideas irracionales que le afecten su funcionalidad y cuestionar evidencias que sustentan esas ideas. Exposición imaginaria situaciones que le generen ansiedad y motivar formas asertivas de pensar.

**Evolución de la niña:** paciente tranquila, bien presentada asiste a la cita sola, se observa tranquila sonriente manifiesta que se ha sentido bien, continua con conductas de evitación a las salidas a la calle porque siente miedo a que la gente la mire y hablen de ella, pasa bastante tiempo en el campo donde los abuelos, ellos viven solos y se siente mejor allí.

**Actividad terapéutica.** Se evalúa las actividades que se dejaron en la sesión anterior de tarea, la paciente no ha realizado ninguna actividad porque estaba en el campo durante los días anteriores. Se motiva y se acuerda con la paciente realizarlas y la próxima cita las comentaremos.

Se hace ejercicio donde la niña identifica verbalmente algunas situaciones que le generan ansiedad, describe los síntomas que siente o ha sentido, y la manera cómo afronta estas situaciones; entre ellas,

“Salir a la calle, siento miedo, pienso que hablan mal de mí, o que me miran y se burlan, cuando estudiaba me daba miedo pasar al tablero o pasar frente a mis compañeros, porque pensaba que yo no sabía y los otros se burlaban o hablaban mal de mí” y la manera de afrontar “no pasaba al tablero o no salgo y si me obligan me encierro o me pongo brava y no lo hago o no le hablo a nadie”

Se realiza dialogo con la niña: ¿Hay motivos para que hablen de usted?, no ¿Por qué hablarían de usted?, No sé, que cosas suyas servirían para que la gente se burle de usted?, de pronto porque soy fea, ¿le han dicho que es fea? No, ¿usted se cree o se ve fea? No, ¿Qué motivaría para que se burlen de usted?, porque paso frente a ellos, ¿eso sería un motivo para burlarse de usted? No sé, le han dicho que personas se estaban burlando de usted? No, ¿salir a la calle o pasar frente a otras personas son motivos para recibir burlas o críticas? No sé, ¿ha visto gente en la calle?, Si, ¿qué hace la gente en la calle?, van caminando a veces están hablando, a veces me saludan y no más, ¿los ha visto burlándose de usted o de otras personas? No ¿sería posible que se burlen de usted? No, ¿no?, No veo motivos para que se burlen de mí. Creo que estoy pensando mal, ¿porque? muchas veces ni me miran o están ocupados en otras cosas y no en mí.

¿Qué pasa con los compañeros? se burlan de mi cuando no sabía, o cuando me pasaban al tablero, eso me hacía sentir mal, ¿ellos saben todo cuando les preguntan en clase, nunca se equivocan? No algunos no saben, no contestan, y ¿qué les ha pasado?, a veces los profesores los regañan, o les ponen mala nota ¿Por qué cree que los regaña el profesor o les califica con notas bajas?; porque no supieron, porque no estudiaron, o porque no ponen atención y le va mal, y ¿los demás compañeros que dicen? También se burlan ¿qué piensa de eso?, todos nos equivocamos, ¿solo se burlan de usted? no también de los otros, ¿entonces, es muy grave o muy importante la opinión de sus compañeros para usted? pienso que les di mucha importancia y no

me di cuenta de eso ¿de qué? Que no se reían de mí, ellos son así. ¿También se burlan de los que les va bien? No, ¿entonces qué debe hacer?, pues no prestarles tanta atención ni importancia a sus comentarios y estudiar para que me vaya bien.

Va a pasar al tablero, ¿Qué piensa?, que me va mal, que no se, ¿Por qué le iría mal?, a veces no estudio, me coge miedo, ¿miedo a qué?, a que me regañe el profesor ¿a que la regañe?, porque no sé, ¿siempre que pasa al tablero no sabe?, no, hay veces me va bien, y ¿la regaña el profesor?, no y ¿se burlan los compañeros?, no, ¿si contesta bien o cuando la pasan al tablero y le va bien cómo se siente? Bien, contenta, ¿también siente miedo de que le vaya bien?, no, me siento contenta y ¿qué tiene que hacer para que suceda eso? Estudiar.

¿Qué piensa ahora que analizamos la situación? que mis compañeros no se ríen de mí, porque también se ríen de los otros, que si me regañan es porque yo no estudio, y que no debo pensar en cosas negativas antes de hacer las cosas porque eso es lo que no me deja actuar bien, me doy cuenta que no me pasa nada, con los comentarios o regaños y que debo estudiar para que me vaya bien

Se continua la terapia con ejercicios imaginario sobre situaciones de exposición social para que la niña identifique ideas irracionales y entienda la influencia en su conducta y al mismo tiempo aprenda a formular ideas asertivas

Imagines que su mamá la manda a comprar un vestido, usted va al almacén lo compra y lo trae a casa pero a su mama le pareció muy costoso y le pide que lo devuelva y pida la plata. ¿Qué hace?;”no voy”, ¿no va?, “me da miedo y pena” ¿miedo y pena, porque?, “el señor me regaña y no me lo recibe”, ¿cómo sabe que la regaña y no se lo recibe?, “no se”; su mama le Exige ir ¿Qué hace?, “busco quien me acompañe”, No encuentra quien la acompañe, “entonces, voy al almacén y le digo que no voy a comprar el vestido” ¿Qué siente? “Me pongo roja, tiemblo”, el señor le recibió el vestido y le devolvió la plata sin problema, ¿qué paso? No me regañó ni se puso bravo, ¿era cierto lo que estabas pensando?, “no estaba equivocada lo que yo pensaba no era cierto”, ¿fue necesario todo el sufrimiento suyo, el buscar quien la acompañara, el discutir con su mama por el miedo para ir a devolver el vestido? “no”, ¿no? “debí ir a devolverlo desde el principio que me mando mi mama y no había pasado nada, el señor del almacén no me dijo nada” ¿qué conclusión tiene? Que yo pienso antes de hacer las cosas y pienso errado.

Se le explica a la paciente que su problema de ansiedad se origina por las ideas anticipadas que ella tiene cuando va a realizar las actividades, por ejemplo “me va a ir mal”, que estas ideas o pensamientos generan emociones como miedo, temor, nervios y estas emociones le impiden actuar acertadamente y obtener logros positivos.

Teniendo en cuenta los ejemplos trabajados se motiva reflexionar sobre sus ideas y a entender que la forma como ella percibe o interpreta las situaciones la lleva pensamientos acertados o distorsionados y con ellos a conductas acertadas o equivocadas, en su caso, sus pensamientos e ideas irracionales le están afectando su desempeño personal y escolar. Se realizaron otros ejercicios imaginarios.

Se educa en el trastorno de “ansiedad social, o fobia social”, definiéndola como el “temor causado o persistente a una o más situaciones de actuación en público en la que las personas se ven expuestas ante gente desconocida o a la crítica por los demás”. (DSM-IV 1995.), se referencia que la persona tiene miedo a ser evaluado negativamente por los demás.

Se explica los síntomas, refiriendo que la persona ante la exposición a la gente particular presenta: sudoración, temblor. Palpitaciones, tensión muscular, dolor de cabeza, rubor, y la forma de afrontar las situaciones de exposición son las conductas evitativas las cuales no le ayudan positivamente, por el contrario refuerzan y mantienen la situación negativa agravando cada día el estado del paciente.

Si no se hace tratamiento el paciente va a enfrentar muchas dificultades en la vida pocos amigos, dificultad para trabajar en lo económico, dependencia de la familia, pone en riesgo el estudio, bajo rendimiento escolar, bajo rendimiento laboral entre otras consecuencias. Imagine que tenga 30 años, vive con sus padres y espera que ellos le den todo lo que necesita, sale únicamente con ellos, no tiene amigos fuera de la familia. ¿Se ve viviendo así? No.

**Observación:** paciente colaboradora, atenta a la terapia, participa en las actividades, reconoce e identifica sus ideas irracionales, aporta reflexiones acertadas a las situaciones expuestas.

**Recomendaciones:** no anticipar ideas irracionales a las conductas, reemplazar ideas irracionales por pensamientos positivos, me va a ir bien, soy capaz, puedo

No pasar tanto tiempo donde los abuelos, participar en las actividades de la madre y hacer la tarea pendiente.

**Tarea:** llevar Auto registro de situaciones de exposición social como lo indica el formato que se le entrego y traerlo en 8 días. Leer la fobia para hablar en público y comentar la próxima cita

## SESIÓN No. 7

**Fecha** septiembre 9 de 2014;

**Hora:** 11 am

**Objetivo:** identificar y reestructurar ideas irracionales, identificar ideas racionales y su influencia en la conducta y lectura y reflexión “como superar la ansiedad” de Albert Ellis, tarea leer y aplicar los derechos asertivos básicos

**Evolución.** Paciente atiende la cita con disponibilidad, asiste sola, orientada, alerta, colaboradora, se observa tranquila, amable, espontanea

**Actividad:** revisión de tareas, la paciente relata que le ayudo a la madre en la reunión de padres de los niños de la guardería, donde rezo la oración de entrada y les repartió el refrigerio que sintió mucho miedo pero pensó que tenía que hacerlo y lo logro.

Se evalúa la tarea de la sesión anterior, la paciente no realizo las tareas que se le dejo, se le explica la importancia de hacer las tareas como medio de retroalimentar y comprender mejor el proceso, como motivar el cambio que estamos buscando y se le pide compromiso con el proceso terapéutico para el logro de los objetivos planteados.

Se trabajan las ideas irracionales, la paciente reflexiona y escribe las ideas irracionales que le afectan sus actividades diarias, describe también la forma en que se siente afectada, de igual forma registra ideas racionales para cambiar las irracionales y analiza como la benefician en su desarrollo personal. Deja registro de esta actividad. Se lleva a reflexionar mediante preguntas para que sacara sus propias conclusiones sobre que es más funcional las ideas irracionales o las racionales

Se motiva a realizar la lectura cómo “*como superar la ansiedad de Albert Ellis*”. (Ellis, A. 2013)<sup>13</sup>, la niña termina y se realiza conversatorio sobre que le deja la lectura, que le llamo la atención, en que se parece a su caso el relato, a que la invita, la niña hace trabajo reflexivo concluyendo que para “vencer sus miedos debe salir de su casa, debe hablar con la gente y no

debe esconderse, que tiene que enfrentar las situaciones tal como hizo el autor de la lectura” se compromete a empezar salir de la casa más a menudo y a hablar más con las vecinas.

**Recomendaciones:** hacer la lectura cómo superar la ansiedad nuevamente para que haya mejor comprensión, entendimiento y apoyo al proceso terapéutico

**Tarea** se deja material los derechos asertivos básicos para que los lea todos los días de la semana y lo aplique a su vivencia diaria con su familia y con los demás. Y Leer la fobia para hablar en público

## **SESIÓN No. 8**

**Fecha: 17 de septiembre**

**Hora: 10 am**

Reestructuración cognitiva en autoimagen, visión catastrófica, maximización; minimización de sus capacidades respiración diafragmática

**Objetivo** motivar a la paciente a reconocer sus habilidades, capacidades, destrezas, y fortalezas para reafirmar o reestructurar concepto sobre sí misma, manejo de regulación emocional enseñarle y motivar la interpretación adecuada de las situaciones para lograr conductas adaptativas

**Evolución de la paciente:** se observa paciente animada, tranquila asiste puntualmente a la cita sola, continúa saliendo al campo con su papa algunos días y pasa tiempo en la Casa sola.

Se revisa el cumplimiento en la ejecución de las tareas que se han asignado a la paciente para la casa con el fin de retroalimentar reafirmar o reestructurar conceptos, se encuentra que no ha leído el material. Vía telefónica se establece comunicación con los padres de la paciente, se les explica la importancia del apoyo y acompañamiento el proceso terapéutico y en el cumplimiento de las tareas para el proceso de cambio de la paciente, de igual forma a la paciente, que se necesita el compromiso de las dos y de los padres para lograr los objetivos propuestos y la eficacia del tratamiento, la paciente se compromete a leer para la próxima cita

**Actividad:** Se inicia la actividad solicitando a la paciente a hacer una descripción personal de sí misma, se observa callada, tímida, distraída, y dice que no sabe cómo hacerla, realiza descripción pobre.

Mediante diálogo se motiva a la niña a reconocer y escribir ¿quién es Z A T ?,” soy , una niña hija de mis papas xxx, , tengo 12 años”; cualidades físicas, “soy blanca, alta, gorda, de cabello castaño y largo, soy bonita”; emocionales, soy rabieta, lloro a veces, soy cariñosa, amable, me gusta compartir con mis papas, soy amorosa”; habilidades “me gusta jugar basquetbol pero no me dejan salir”;expectativas, “quiero estudiar y trabajar cuando sea adulta”, entre otras, la paciente expresa que no se había dado cuenta que tenía cosas bonitas que este ejercicio le llevo a reconocerlas y que eso le hace sentirse orgullosa, de ella.

Se resalta las capacidades habilidades y cualidades que posee la paciente, y se motiva a que las tenga en cuenta y las valores, recuerde que posee un potencial, para hacer las cosas, que es capaz, que puede hacerlas y cuenta con la fortaleza para obtener los mejores resultados en las tareas y metas que se proponga. Porque cuando no se tienen la confianza y credibilidad en sí mismo o no reconocen las capacidades no existe seguridad y para tomar decisiones acertadas en la vida.

Se le explica que la interpretación que hacemos de las situaciones lleva a actuaciones adecuadas o inadecuadas en la vida de las personas, mostrándole que sus ideas irracionales (me miran, se burlan de mí, me va a ir mal, me odian) son la barrera que le impiden enfrentar la realidad de las situaciones, vencer sus miedos,

Las conductas evitativas como no salir, evitar hablar con los demás, mantenerse encerrada, conductas agresivas, retirarse del colegio no le permiten solucionar su problema sino mantenerlo y cada día le afectara más su desempeño personal.

También se le hace ver que presta mucha atención a las ideas irracionales y minimiza sus capacidades y habilidades, al prestar mucha atención a dichas situaciones, catastrofisa las mismas, es decir, adelanta ideas o pensamientos que no son ciertos y los cree y es ahí donde afecta su conducta.

La niña hace ejercicio escrito de pensamientos funcionales para incluirlos en su repertorio diario que le ayuden a vencer los miedos. Entre ellos “soy bonita, soy inteligente, soy capaz, puedo hacerlo”

Se le enseña en qué consiste, los beneficios y se entrena en la técnica de respiración diafragmática durante 20 minutos en tiempo de 4,4, 6, para regular la activación emocional.

**Observación:** paciente atenta a las explicaciones, realiza los ejercicios con interés, a la evaluación de la actividad se observa que aprendizaje y comprensión del tema.

**Recomendaciones:** practicar la respiración diafragmática ante las situaciones que le despierten activación emocional en ejercicio con tiempos de 4-4-6 durante 10 minutos

**Tareas** salir a la calle frecuentemente sola y describir que sintió, que pensó. Hacer registro de las salidas practicar técnica de respiración diafragmática todos los días al levantarse y al acostarse. Asistir a la próxima cita con los padres.

## **SESIÓN No. 9**

**Fecha 24 09 2014**

**Hora 10 am**

**Objetivo:** reevaluar y retroalimentar las tareas dejadas para la casa, para reforzar la comprensión de la niña de los temas trabajados, estructurar el concepto de autoimagen y desarrollar habilidades de respiración diafragmática para que la niña aprenda a controlar la activación emocional, fisiológica y de conducta y motivar exposición imaginaria a situaciones escolar para motivar habilidades de afrontamiento

**Evolución de la paciente:** se observa paciente animada, según la madre, la niña ha cambiado su actitud, que la ha visto más activa, ha salido a actividades recreativas, como jugar, fue a bailar en una actividad lúdica de los jóvenes del pueblo, ha preguntado cosas referentes a su problema como por ejemplo como hacen para vencer el miedo cuando ve a otras personas hacer actividades en público y la madre le explica cómo hacerlo, y ha leído las lecturas que le dejaron de tarea.

**Actividad:** teniendo en cuenta que la niña no ha cumplido con la lectura diaria del material que se le ha dejado para brindarle información a su problema y fundamentar el cambio de sus ideas irracionales se considera que continúa con la conducta de evitación hacia su problema, se decide retomar las lecturas “*la fobia para hablar en público*”, (Delgado, L. 2001) “*los derechos asertivos básicos*”, (Saregune, A, 2014), en esta sesión, haciendo que la paciente lea detalladamente todo el material, analice su contenido y defina su comprensión y enseñanza del mismo.

La paciente realiza lecturas y concluye “lo que entiendo es que debo practicar muchas veces actividades que me permitan estar en público y hablar en público para vencer los miedos, yo he hecho lo contrario porque siempre busco evitar esas situaciones, y según las lecturas entiendo que eso no es lo correcto por qué no voy a ser capaz de vencer esos miedos y eso me perjudica mi progreso personal”, También dice que tendrá en cuenta los derechos asertivos en su vida diaria para actuar más acertadamente sin miedo o temores a los demás y para enseñárselos a las personas que traten de ofenderla. Se compromete a leer todos los días este material.

Retomamos el tema de la sesión anterior para determinar si la niña entendió y sabe definir el concepto de sí misma, y resaltar sus capacidades tanto físicas como mentales para su desarrollo personal. Paciente hace ejercicio de escribir sus cualidades físicas, emocionales, habilidades, capacidades, y expectativas, se observa su comprensión en la definición de sus habilidades y cualidades personales. Se le motiva a que tenga en cuenta este potencial, lo valore como fortalezas y herramientas positivas para el desarrollo personal en la vida, eso la llevara a obtener los mejores resultados en sus tareas diarias.

Se enfatiza en que la interpretación que ella haga de las cosas o situaciones es fundamental, si son positivas va a realizar actuaciones positivas y resultados satisfactorios, si son negativas tendrá conductas negativas y resultados insatisfactorios. Se resalta sus capacidades y habilidades personales que le posibilitan cada día ser mejor y lograr sus propósitos.

Continuamos la actividad trabajando la técnica de la respiración diafragmática durante 20 minutos en la sesión en tiempos de 4 para inhalar, 4 tiempos para sostener el aire en el diafragma y 6 tiempos para exhalar. Se recomienda continuar esta práctica de respiración diafragmática todos los días, con ejercicios de respiración de 20 respiraciones cada uno, durante 10 minutos. En tiempos de 4- 4-6.

Se trabajó exposición imaginaria en situaciones escolares como pasar al tablero a resolver un ejercicio de matemática. Teniendo en cuenta que está en el salón de clase con todos los compañeros. La paciente describe oralmente ciento miedo, ¿siente miedo, a que siente miedo? A que se rían de mí, ¿hay motivos para que se rían de Ud.? No ¿porque se ríen de Ud. sus compañeros?, de pronto porque no sé, ¿está segura de no saber? Duda mmm; paso al tablero y lo hizo bien, la felicito, ¿se rieron de usted? No ¿eran ciertas sus ideas? No ¿no? No yo estaba equivocada, entonces ¿que opina respecto a sus ideas? Que no debo pensar en cosas negativas antes de hacer las actividades por eso es que siento miedo y no soy capaz de hacerlas ¿y están bien esos pensamientos? No.

Imagine que yo soy el profesor llego al salón y les entrego dos hojas de papel carta con la evaluación a responder, les doy 20 minutos para contestarla, son 10 pregunta de biología, la paciente expresa miedo ¿miedo, a qué? Porque no nos había avisado pienso que la voy a perder ¿Por qué la perdería?, porque no he estudiado, y no sabía que iba a hacer evaluación, la recibe y la empiezo a contestar.

El profesor avisa que faltan 5 minutos para recoger, empieza el conteo, la recoge, solo contesto dos preguntas, quiere decir que no le fue bien, el profesor deja en el salón a los que no pasaron les informa que va a llamar al rector, el rector le ordena a la niña ponerse de pie, ¿Qué piensa?, que me va a regañar, le pregunta que paso con la evaluación; yo le digo que no había estudiado, y no nos habían avisado de la evaluación, el rector dice que llamará a sus papas para hablar con ellos, ¿qué piensa?, que me pegan o me regañan, fue su papa y le dieron indicaciones para que le motive estudiar y para que esté pendiente del cumplimiento de las tareas y actividades escolares de su hija, el papa se compromete a ayudarle. El papa habla con su hija, le exige estudiar más y programa tiempo para orientarle las tareas y acompañarle en actividades escolares, ¿la regañaron, le pegaron, y se burlaron sus compañeros? No ¿era cierto lo que pensó? No ¿Le paso algo grave con esta situación? No, que piensa entonces, que debo estudiar para estar preparada para las evaluaciones, que no debo pensar cosas que no son. Que si me va mal debo mejorar para la próxima evaluación, y apoyarme en mis papas.

Imagine que tiene una exposición de español...

La paciente hace práctica de lectura texto de 1 plana, se observa que la niña lee de forma apresurada, ansiosa, cambia la c por la t, y no hace signos de puntuación. Se le hace la

observación y se le dan instrucciones para la lectura adecuada para que pueda modular, entender y darle sentido a las oraciones con el fin de que haya entendimiento y comprensión del texto y del mensaje leído, se le explica que este factor le origina inseguridad y esta se manifiesta en miedo el cual le afecta su rendimiento escolar. La niña realiza práctica de lectura durante 20 minutos con supervisión de la terapeuta para motivar la habilidad de lectura y mejoramiento de la misma.

Se dispone a la niña para que realice la respiración diafragmática, se observa poca efectividad, nuevamente se le dan las indicaciones y demostración de la técnica y se motiva para el entrenamiento durante 15 minutos para facilitar el desarrollo de la habilidad en esta práctica, de igual forma se enseña la técnica de relajación progresiva y se practica durante 10 minutos para la distensión muscular.

**Tarea.** La paciente leer la ansiedad ante los exámenes, para comentarla la próxima cita. Continuar practica de relajación y respiración y practicar lectura diaria durante 10 minutos.

Se le explica a la mamá de la paciente la dificultad que presenta la niña para la lectura y se recomienda que le apoye en práctica diarias de lectura pausada, con signos de puntuación y motivando la corrección de palabras mal pronunciadas o mal leídas para que la niña desarrolle esta habilidad adecuada para mejorar los logros escolares.

Se establece compromiso con la madre de acompañar a la niña en la realización de las tareas asignadas durante el proceso terapéutico y se le explica nuevamente la importancia del trabajo conjunto para el logro de los objetivos del proceso terapéutico de la paciente

## **SESIÓN No. 10.**

**Martes 14 de Octubre de 2014**

**Hora 10am.**

Trabajar miedos a las evaluaciones, entrenamiento en técnicas de relajación y respiración, reestructuración cognitiva (análisis de peligros, afectación emocional) Autor registro, Exposición imaginaria a situaciones de público

**Objetivo:** eliminar los miedos a las actividades escolares y sociales, motivar habilidades de control emocional y somático en la niña para manejar adecuadamente las situaciones de exposición.

**Evolución de la paciente:** la paciente acude a la cita con la madre, manifiesta que se ha sentido mejor, ha salido de su casa con más tranquilidad, ha disminuido su preocupación por que la miren las demás personas, ha salido sola sin temor, se ha sentido bien, dice que permanece bastante tiempo sola en casa, porque sus padres salen a trabajar y sus hermanos a estudiar. Se arrepiente de retirarse del colegio.

**Actividad:** Se evalúa la comprensión de la lectura “*ansiedad ante los exámenes*”, (Redolisi, E. 2011) la cual se había dejado de tarea en casa, se observa poca comprensión, se le pide leer nuevamente el texto en voz alta durante la sesión y hacer la reflexión de lo que aprendió, la paciente hace la lectura, y reflexiona “es normal sentir ansiedad ante algunas situaciones pero es mala cuando me afecta en las actividades que realizo”, también concluye “los ejercicios de relajación me ayudan a bajar la ansiedad, la respiración la debo hacer tomando aire por la nariz y expulsarlo por la boca despacio, me sirve para tranquilizarme , otro es tener pensamientos positivos de lo que voy a hacer, y de mi misma, y que no debo tener en cuenta la opinión de los demás sino lo que lo que yo soy capaz de hacer y lograr, “

Se motiva a la paciente a tener estas recomendaciones siempre en cuenta y aplicarlas en las actividades que realice para regular su activación emocional cuando se sienta alterada.

La terapeuta hace nuevamente la lectura en voz alta para que la paciente la escuche, y hace énfasis en los mensajes importantes de la lectura para reforzar las conclusiones hechas por la paciente.

La paciente escucha y observa el video “*superar los miedos a los exámenes*” (Tabares, C.A. 2013) parte 1. Y realiza un resumen escrito de lo aprendido refiriendo “debo pensar en cosas positivas siempre que vaya a presentar una evaluación, cuando uno tiene miedo se le borra todo de la mente, para eliminar el miedo debo respirar por la nariz y sacar el aire por la boca, hacerlo varias veces, para bajar la ansiedad y los nervios, el miedo hace que se porte mal con las personas como intolerante, o agresivo, debo prepararme muy bien para las evaluaciones, porque esto me ayuda a estar segura de lo que se y a dejar el miedo y debo tener confianza en lo que se, en mis capacidades”

La paciente trabaja respiración diafragmática durante 15 minutos, de igual manera se enseña la técnica de relajación progresiva y realiza practica por 15 minutos durante la sesión, se le explica que la práctica de estas técnicas van a controlar la activación emocional y la tensión muscular cuando se sienta alterada, se le recomienda practicar estos ejercicios todos los días durante 10 minutos en la mañana y en la noche, y ponerlos en práctica en situaciones que le provoquen activación emocional o tensión muscular.

**Observación:** se observa poca colaboración de la niña con las tareas a realizar en casa, se le explica la importancia del proceso cognitivo para la efectividad del tratamiento y se recuerda los objetivos que persigue el tratamiento, al mismo tiempo participación y colaboración de la paciente para lograr el cambio.

**Recomendaciones:** se le recomienda a la madre acompañar a la niña en el ejercicio de lectura y motivar ejercicios de ortografía con las letras B, V; T, C, y C, S y presentarme los ejercicios escrito, no dejarla en casa sola, incluirla en actividades lúdicas como danza, teatro, deporte, lectura, porras, caminatas etc.

**Tarea.** Practicar lectura diaria del material aportado en las sesiones anteriores durante media hora teniendo en cuenta las instrucciones dadas, practicar la respiración durante la mañana y la tarde haciendo 20 respiraciones en cada ensayo y relajación progresiva al levantarse y acostarse, ejercicios de ortografía y lectura diaria,

## **SESIÓN No. 11.**

**Fecha.** Lunes 27 de Octubre de 2014

**Hora:** 10am.

**Objetivo:** exponer la paciente a evaluar los miedos y los peligros que le afectan durante el desarrollo de las evaluaciones, para que reconozca que no son situaciones de gravedad, hacer reestructuración cognitiva de la interpretación de dichas ideas y motivar la práctica de relajación y respiración diafragmática.

**Actividad:** Evolución de la paciente: la paciente acude a la cita de manera puntual, se observa con interés sobre las actividades, colaboradora, dice que se ha sentido mejor en cuanto a salir de su casa, ha asistido a actividades deportivas, de reuniones con las amigas del barrio y se ha sentido bien, ya no tiene miedo de que la miren o la critiquen ha podido sentirse más cómoda, continua practicando lectura y ortografía en casa con el acompañamiento de la madre.

Se continua trabajando los miedos a las evaluaciones, se invita a la paciente a ver el video “*miedo a los exámenes*”,(Tabares, C.A. 2013) parte 2, duración 12 minutos, terminado el video se evalúa el aprendizaje que ha obtenido la paciente del video, para lo cual resalta “debo prepararme muy bien para presentar una evaluación; debo pensar siempre cosas positivas porque eso me ayuda a que me vaya bien, por ejemplo que soy capaz de pasar la evaluación, que me va a ir bien, que el miedo me lleva a ser insegura y a perder la concentración en lo que estoy leyendo”

Se refuerzan estos conceptos en la niña resaltando las capacidades y habilidades que posee, y orientando ideas positivas como yo puedo, yo soy capaz, tengo todas mis capacidades para hacer una buena evaluación.

Seguidamente la niña realiza ejercicio escrito, donde confronta las ideas propias con ideas o mensajes del video y las lee varias veces en voz alta.

*Tabla 14 Ejercicio Confrontación Ideas Irracionales*

<b>Idea</b>	<b>Ideas video</b>	<b>Conclusión</b>
Me va mal	Me va a ir bien	Debo tener cosas positivas en mi mente
Me van a mirar	No estar pensar en los demás	Estar tranquila ante todo
Me van a criticar	No tener pensamientos negativos de los demás	Contar con las personas
Me van a regañar	Tener confianza en mí misma	Cambiar ideas negativas por positivas
Me va a ir mal en las cosas	Tener seguridad en lo que se	Valorar mis capacidades
Me va a ir mal en las evaluaciones	Estar concentrada en la evaluación prepararme para la evaluación	Tener confianza en mi misma
Se van a reír de mi	Concentrarme en lo que hago, no centrar mi atención en los demás	Tener seguridad en mi misma porque yo puedo y soy capaz

Fuente: La Autora

Se lleva a la niña a reflexionar sobre sus ideas de donde concluye que sus ideas le estaban afectando y que las debe cambiar para que le vaya mejor no solo en el colegio sino en todo lo que haga.

Se continúa la actividad con la exposición a una evaluación escrita de todas las lecturas que se han dejado para leer en casa donde se lleva a la niña a imaginar que se encuentra en el salón de clase con todos sus compañeros y va a realizar una evaluación de comprensión de lectura. La paciente se sienta se observa tranquila, realiza la evaluación respondiendo acertadamente a las preguntas, estuvo concentrada sobre la evaluación.

Al terminar la actividad se le resalta a la paciente su estado de tranquilidad y concentración que ha logrado al responder la evaluación y se le indica tener en cuenta esta actitud frente a las actividades escolares y sociales que realice

Seguidamente la niña analiza y escribe los peligros que siente o sintió frente a las evaluaciones y el nivel de afectación.

*Tabla 15. Auto registro de Peligros Sentidos en la Actividad*

<b>Peligros</b>	<b>Nivel de afectación antes de la terapia</b>	<b>Gravedad de 0- 10 después de la terapia</b>
Me va mal en la materia	Me tocaría recuperar la materia	5
Que me regaña el profesor	Me sentía enojada	0
Mis compañeros se ríen de mi	Rabia, pena	0
Que el rector me llame	Siento nervios, angustia	0
Que mi mama me regañe	Siento rabia , pienso que me va a pegar	0

Fuente: La Autora

Ante la pregunta ¿qué tan grave son los peligros que ha descrito? La paciente contesta verbalmente “no son graves es lo que debe pasar con un alumno que no le va bien en las evaluaciones porque si uno pierde tiene que recuperar y en ese caso yo sería la afectada por una parte que tendría que volver a estudiar y hacer otra evaluación, pero también saldría beneficiada porque aprendería más, además no me va a pasar nada grave si me regañan o me llaman la atención es para que me ponga las pilas y mejore”

La niña realiza práctica de respiración diafragmática durante 10 minutos y 10 minutos de relajación progresiva con el acompañamiento por la terapeuta con el fin de verificar que aprenda la técnica adecuadamente.

**Observación:** Se observa interés de la paciente en las actividades realizadas en la sesión

**Tarea:** continuar ejercicio de lectura y ortografía en casa y traerlo la próxima semana, y practicar la respiración diafragmática todos los días por 10 minutos en la mañana y en la tarde y relajación progresiva al acostarse y levantarse para aprenda las técnicas y las incorpore en su rutina diaria.

## **SESIÓN No. 12**

**Fecha. Lunes 3 de Noviembre**

**Hora 5 pm.**

**Objetivo:** facilitar el dialogo en la familia para identificar factores que afectan la buena relación familiar, y el trato con la niña Alejandra y orientar la comunicación asertiva entre los miembros de la familia para motivar el apoyo, la autoestima y seguridad de la paciente.

**Actividad:** Saludo a la familia y felicitarlos por asistir todos a la sesión.

**Evolución de la paciente:** se observa la paciente tranquila, sonriente, refiere que le han servido mucho las terapias para sentirse más segura de sí misma, que espera entrar a estudiar para practicar lo que ha aprendido.

Dice que ha ejercitado la lectura pero no ha hecho ejercicios de escritura y de ortografía, está leyendo todos los días en las tardes para mejorar la habilidad de leer y la comprensión de la misma. La madre confirma que si lo está haciendo y resalta que se ha dado cuenta que lee bastante rápido y no hace la puntuación correspondiente y cree que por eso no logra comprender lo que está leyendo. Se vuelve a retroalimentar a la niña las técnicas de lectura, y se explica a los padres que dichas falencias afectan el desarrollo escolar de la niña y se orientan a brindarle el apoyo y acompañamiento diario para que la niña practique esta actividad.

Se continúa el desarrollo de la actividad informando a los padres de la paciente del desarrollo del proceso terapéutico con la niña y la próxima terminación del mismo. Se recordó el número de sesiones programadas, las sesiones realizadas, y las sesiones pendientes. Alejandra hace resumen oral de las actividades trabajadas durante el proceso y manifiesta “para mí el trabajo con la doctora me ha ayudado bastante porque ya siento más seguridad en mí y he aclarado muchas

cosas, cuando voy a salir lo hago más relajada, no tengo que pedir que me acompañen, me he dado cuenta de mis deficiencias en la lectura y ortografía, y estoy tratando de mejorarlas practicando estas tareas, me siento más contenta y mejor con lo que hago”.

Seguidamente se explica a los padres que para el tratamiento de la niña es muy importante la relación familiar para fomentar la seguridad y autoestima de la niña y se les invita ver el video “*comunicación efectiva entre padres e hijos*” (Guidardini. 2009) duración 10 minutos.

Se realiza ejercicio de motivación de dialogo entre los padres y la niña con preguntas como ¿Cómo describe la comunicación con sus padres?, ¿que no le gusta de la forma como la tratan sus padres?, ¿cómo le gustaría que sus padres se relacionen con usted?, ¿cómo se relaciona usted con sus padres?, ¿a qué se compromete usted con sus padres?

A los padres se les pregunta ¿qué mensaje les da el video?, teniendo en cuenta el video ¿creen que la comunicación entre ustedes como pareja y con sus hijos está bien?, ¿qué le dicen a la paciente respecto a sus observaciones?¿creen que deben cambiar algo en ustedes?, ¿tiene razón la paciente en sus opiniones?, ¿a qué se comprometen con ustedes y con su hijas?

Se observó disconformidades de todos los miembros de la familia, entre ellas desautorizaciones entre los padres, formas de castigo violento, desigualdades en el trato con los hijos, desconfianza, incumplimiento en compromisos de los hijos hacia los padres, desobediencia, desigualdades en las tareas de la casa, falta de diálogo entre los padres y con los hijos, culpas, autoritarismo, falta de tiempo para los hijos.

Se orienta a, establecer dialogo asertivo y apoyo mutuo entre los padres para acordar y orientar la formación de los hijos, comunicación con respeto en la familia, escuchar a los hijos y tener en cuenta las opiniones de ellos, manejar con prudencia y dialogo los inconvenientes que se presenten y afecte la armonía de la relación familiar.

Trato afectivo y de igualdad para todos y reemplazar los castigos violentos por dialogo, acuerdos, compromisos, para formar adecuadamente, a los hijos, a mantener la unión de la familia en la solución de problemas, a ejercer autoridad con presencia, respeto, constancia, y a valorar y resaltar los logros de los hijos, para motivarlos a cultivar su autoestima y valorar sus capacidades, se les explica que la violencia y el maltrato no educa ni forma por el contrario fomenta la agresión, el resentimiento, odio y al mal ambiente familiar.

Se continuó la actividad con práctica de respiración diafragmática y relajación progresiva durante 10 minutos con la paciente para motivar el aprendizaje de esta técnica para su aplicación en momentos de activación y tensión emocional

**Observaciones:** total disposición de los padres a la terapia, reconocimiento de falencias en su relación familiar, reconocimiento de falencias en la relación con la paciente y con los demás niños, conciencia de cambio y mejoramiento de la relación familiar y compromiso para dialogar y dedicar tiempo a sus hijos.

La paciente se compromete a relacionarse respetuosamente con sus padres, y a cumplir los compromisos adquiridos con su estudio y tareas del hogar.

**Recomendaciones:** Apoyar la práctica de lectura y escritura de ortografía de la paciente

**Tarea.** Exponer a Alejandra a que participe en actividades sociales (danzas, porras, lecturas, reuniones) ya que cuenta con la posibilidad del trabajo de la madre. Que le permite hacerlo.

### **SESIÓN No. 13**

**Fecha** 12 de Noviembre de 2014

**Hora** 10 am

**Objetivo:** brindar conocimiento en la comprensión e interpretación del problema y orientar habilidades para el manejo y solución adecuados al problema

**Evolución:** paciente acude a la cita puntual se observa animada refiere sentirse bien, contenta con las terapias ya que le han ayudado a sentirse tranquila, segura.

**Actividad:** se inicia la terapia con la pregunta ¿qué hace cuando tiene un problema?, se da a conocer a la paciente el tema a trabajar, resolución de problemas y toma de decisiones explicando los problemas como situaciones normales que se presentan en la vida cotidiana, algunos leves, otros graves a los que se les debe dar una solución, la cual desconocemos en el momento, al no disponer de una solución se genera o incrementa estrés y estados emocionales. Si se actúa sin tener la solución adecuada o al hacerlo de manera apresurada, no podemos solucionar la situación satisfactoriamente y tal vez nos enfrentaremos a otras situaciones problema.

Se orienta como buscar la solución del problema indicando pautas como:

Pensar Con cabeza fría, con calma y siempre analizando consecuencias de las acciones, buscar varia opciones de solución, elegir una, aquella que resulte más adecuada, útil, mejor o eficaz para solucionar la situación problemática actual, la actitud en relación con los problemas, sean del tipo que sean, facilitara todo el proceso.

*“Aceptar los problemas como parte normal y esperable de la vida y creer en la propia capacidad para resolver problemas y en caso que no pueda buscar ayuda.*

*Entender el malestar y los síntomas fisiológicos como claves para identificar la presencia de un problema y utilizarlas como señales de alerta que nos permitan poner en marcha el proceso de solución de problemas o incluso anticiparnos.*

*No responder de forma emocional ante las situaciones problema. Debe “parar y pensar” en la situación, analizarla para tomar una decisión acertada” (D’Zurilla, T. y Goldfried, M. 2011)*

Adoptar una postura realista con respecto al proceso de solución de problemas, teniendo en cuenta que el tiempo y el esfuerzo son importantes en la identificación e implementación de las soluciones efectivas. Se recomienda partir de que todo problema tiene solución y toda decisión tiene una consecuencia que puede favorecernos o perjudicarnos.

Se deben enfrentar los problemas, evitar, o dejar pasar, las situaciones es permitir que se continúen aumentando o agravando y que nos afecten gravemente, la preocupación lleva a estrés, a insomnio, a ansiedad y no permite dar solución al problema. La impulsividad no deja pensar y nos lleva a actuar equivocadamente.

Cómo actuar ante un problema

1. Revisar la situación
- 2 analizar qué es lo que sucede, me preguntan qué tengo que hacer.
3. enfrentar la situación (la preocupación ni la desesperación no soluciona)
- 4 Generar varias opciones de solución y escoger la mejor
- 5 Mirar consecuencias positivas o negativas

6. Buscar apoyo

7 Confiar en su capacidad personal

8. No usar las ideas negativas para quedarse en ellas

Seguidamente la paciente realiza un ejercicio de resolución de problemas motivándola a hacer un listado de sus problemas:

- La paciente escribe, me Salí del colegio, no le hago caso a mi papa, no quiero ir a la finca, no me gusta que prefieran a mis hermanos y a mí no.
- Se motiva a la niña a hacer el análisis de la salida del colegio ¿por qué ocurrió? Escribe, a veces no estudiaba para las evaluaciones y no hacia las tareas, me daba miedo las evaluaciones, me daba miedo que me pasaran al tablero o que me preguntaran en clase.
- Que hacía ante la situación? Me encerraba en la habitación, discutía con mi mama cuando me pedía que estudiara, peleaba con los profesores, y con compañeros
- ¿Cuál era el problema? Que me iba mal en el colegio, ¿Qué soluciones fórmula para el problema? escribe: pensar que soy capaz de estudiar y confiar en mí
- Hacer todos los días las tareas, estudiar todos los días para las evaluaciones, hacer los trabajos y tareas que me dejen los profesores, quitarme todos los miedos que tenía, llevarme bien con los profesores, que mis papas me apoyen con mis tareas.

#### **Consecuencias de la decisión de retiro del colegio:**

- Me quedo sola en casa. Me llevan a la finca a trabajar, no me dejan salir, me toca hacer oficio en casa, me mandan a donde la nona a ayudarle, me aleje de mis compañeros
- Si no se hubiera retirado del colegio: escribe, estaría con mis amigos, salía todos los días, participaría de las actividades del colegio, no iría al campo, no me sentiría aburrida no me ponían a hacer oficio en casa.
- Solución acertada para solucionar el retiro del colegio: escribe, “creer en mis capacidades y estudiar”
- Se continua la actividad con la resolución del problema “no hago caso a mi papa”.
- Se motiva a analizar porque se presenta el problema, escribe, “porque mi papa me grita y prefiere a mis hermanos”

- Que hace ante la situación: “lloro, le grito, me encierro en la habitación, no le hablo, no le hago caso, no le escucho”
- Consecuencias: “me regaña, me pega a veces, me dice que no sirvo para nada, pelea con mi mamá, deja de hablarme”
- Posibles soluciones: hablar con él, decirle que no me grite, decirle a mi mamá que hable con él, hacer lo que me dice sin contestarle.
- Solución acertada para resolver el problema: escribe, “hablar con mi papa y decirle que no me gusta que me grite, que me hable bien para hacerle caso y que me trate igual que a mis hermanos”

Para complementar la actividad se invita a la paciente a ver los “videos nunca digas que no puedes” y “como tomar buenas decisiones” (Sánchez, E. 2012) y sacar sus conclusiones:

La paciente concluyó “la toma de decisiones nos afecta durante toda la vida y afecta no solo a nosotros sino a las personas que están a nuestro alrededor Yuna buena decisión hace la vida más feliz y proporciona bienestar físico y mental y una mala decisión nos trae problemas y a veces graves, por eso, antes de tomar cualquier decisión debo mirar las consecuencias tanto positivas como negativas que me trae la decisión.

Para tomar buenas decisiones debo tener confianza y seguridad en mí y mirar cómo afectan mis decisiones a las personas allegadas a mí y tratar de que sean siempre positivas”

Respecto al video nunca digas que no puedes lo resume en que “no debo dejarme vencer por los errores sino aprender de ellos para mejorar y nunca debo decir que no puedo sino confiar en mí, en mis capacidades y tomar la decisión de luchar por mis sueños para lograrlos”

Se realiza práctica de respiración diafragmática durante 10 minutos, y relajación progresiva durante 10 minutos, se observa que la paciente hace la práctica adecuadamente y se recomienda aplicarla a la toma de decisiones y resolución de problemas para bajar niveles de activación emocional y muscular y lograr pensar y actuar con calma para tomar decisiones más acertadas y con mayor eficacia para la situación que se presente.

**Observación:** la paciente muestra interés y gusto por el tema, dice que le pareció interesante, aprendió como debe manejar un problema y que se sintió muy bien.

**Recomendaciones:** tener en cuenta lo aprendido para ponerlo en práctica en su vida diaria

**Tarea:** Visualizar un problema que esté en su ámbito familiar y analizarle por que se presenta, sacarle consecuencias, posibles soluciones y soluciones acertadas y exponerlo en 8 días. Para después aplicarlo en su casa.

## **SESIÓN No. 14**

**Fecha:** 22 noviembre de 2014.

**Hora:** 10 am

**Objetivo:** motivar el desarrollo de habilidades de lectura y ortografía para fortalecer la seguridad en las actividades académicas y favorecer el rendimiento académico

**Evolución de la paciente:** paciente acude a la cita se observa tranquila, animada, refiere sentirse mejor. La madre le acompaña.

Revisión de la tarea anterior, la paciente Presenta la tarea describiendo el problema de ser agresiva con sus papas cuando le preguntaban de su estudio o de sus tareas cuando estaba en el colegio

En el análisis del mismo dice que reaccionaba con malgenio y gritos porque pensaba que si les decía que no hacia tareas o que le había ido mal le pegaban o la regañaban, pero si ella se mostraba malgeniada se callaban y no le decían nada.

Las consecuencias que describe son que sacaba malas notas, tenía mucho miedo que le preguntaran en clase, no aprendía, perdió materias, se retiró del colegio.

Las posibles soluciones para la paciente son hablar con mis papas contarle cómo voy en el rendimiento escolar, contarles lo que me pasa, lo que siento, decirles cuando no entienda para que me ayuden, no pelear con ellos, dejarme ayudar.

Y como solución acertada la paciente dice hablar y dejarme orientar y ayudar de mis papas.

**Actividad.** se explica el objetivo de la actividad a la paciente y se motiva a realizar una lectura la cual se grava, la terapeuta realiza la misma lectura también se hace grabación, después la paciente escucha cada grabación y realiza sus propias observaciones, resalta sobre sus propia lectura “ mi lectura es muy confusa, rápida, tiene equivocaciones en la pronunciación de palabras, leo de corrido sin descansar, no entendí lo que leí”, reconoce que tiene dificultades en la lectura y que ese problema le afecta en su labor de estudio.

Se hace reestructuración cognitiva en pautas para leer teniendo en cuenta elementos fundamentales para el aprendizaje como la atención e interés a lo que se escribe o se lee, dar sentido a las oraciones que escribe y lee, hacer comprensión del mensaje y recepción (memorizar) de información, “*tomar la lectura como un proceso interactivo entre el lector y el texto donde es importante el razonamiento y el proceso del pensamiento crítico para la comprensión del mensaje*, de igual manera, al aprender a leer, a entender y a escribir aprenden a orientar el pensamiento y a ir construyendo en ese proceso un conocimiento compartido y comunicable del mundo. No se escribe para ser escritor ni se lee para ser lector. Se escribe y se lee para comprender el mundo. Como señala (Millas, J.J. (2000).

Se da a conocer los tipos de lectura entre ellas: lectura independiente, socializadora silenciosa, oral. Resaltando las ventajas y desventajas de las mismas y los aportes al desarrollo de las habilidades del aprendizaje.

La paciente manifiesta “en mi colegio leemos en voz alta siempre, pero veo que puedo leer de otras maneras, de lo que me explica me gusta la lectura socializadora por que permite a todos escuchar, discutir y dar aportes de lo que entendemos, y eso ayuda a entender mejor. También me gustaría aprender a leer en silencio porque pienso que me puedo concentrar y entender mejor.

Posteriormente observa el video “*sentido de la lectura*” (Grao, I.S. 2013) y hace conclusión de algunos aspectos importantes del video como darle sentido a lo que lee, saber porque está leyendo, poner interés en lo que lee porque el interés es un aspecto que le motiva el gusto por la lectura.

Continuando la actividad la paciente realiza ejercicio de lectura en voz alta de un párrafo y oral mente hace sus críticas a su propia lectura, vuelve a repetir la lectura hasta hacerla bien y hace resumen de la idea principal del texto.

Se observa que la paciente comprende sus falencias en la lectura y a medida que repite la lectura del párrafo durante la sesión, modera la velocidad de la lectura lo cual le ayuda a comprender mejor el mensaje

**Recomendaciones:** se recomienda a la paciente repetir este ejercicio diariamente y con lecturas diferentes en casa, hacer sus propias críticas y repetir la lectura hasta corregirlas para facilitar el desarrollo de la habilidad de leer.

**Tarea:** leer todos los días una página de diferentes lecturas teniendo en cuenta los elementos fundamentales para una buena lectura como atención a lo que lee, el interés en la lectura, el sentido de lo que lee, la comprensión de lo que lee. Hacer la práctica frente a la madre para que le ayude a orientarlas falencias y su corrección, traer la próxima semana registro de sus observaciones y experiencia para comentarlas.

Para esta actividad se le da a conocer a la madre el nivel de lectura de la paciente y sus dificultades y se le brinda instrucción que le apoye y oriente una lectura adecuada.

## **SESION No. 15**

**Fecha:** 25 de Noviembre de 2014

**Hora:** 10 am

**Objetivo:** entrenar la práctica de lectura y mejoramiento de la ortografía, para reestructurar hábitos mal adaptativos y motivar el ejercicio de dichas prácticas para mejorar el desarrollo académico de la paciente.

**Evolución:** paciente acude a la cita se observa animada, con interés manifiesta que le gusto la actividad anterior sobre lectura. “He leído diariamente, y mi mama me ha acompañado, y me ha ayudado a corregir cuando me equivoco, y cada que leo siento que leo mejor y leo más tranquila, me estoy fijando en el mensaje de la lectura porque antes leía y no tenía en cuenta de que se trataba la lectura”. Se motiva a continuar leyendo diariamente, para facilitar el desarrollo de esta habilidad y con ella mejorar el desarrollo académico y personal

**Actividad:** Se motiva a la paciente a escribir un texto de un párrafo y comparar la ortografía con el original hacer sus propias observaciones. La paciente resalta los errores de ortografía y reconoce sus falencias y dice que no se fijó en la ortografía del escrito

La paciente ve el video “¿cómo enseñar ortografía?”, (Gabarro, D. 2011). Reducir las faltas hasta un 80%, enseña el desarrollo de un proceso mental “memoria visual” consiste en ver y gravar en la mente las palabras para visualizarlas mentalmente y escribirlas adecuadamente

Después del video la paciente hace la descripción de los elementos importantes que le enseña el video para lograr una buena ortografía resaltando “debo visualizar la palabra en mi mente al escribirla dibujarla en mi mente, si no vemos en la mente las palabras no podemos escribir correctamente. No basta con escuchar la palabra y por el sonido escribirla, debemos dibujarla en la mente. Para estar segura de La ortografía, la memoria visual es ver imágenes en la mente

Para ejercitar la memoria visual, la paciente hace ejercicio observando figuras geométricas de colores, las lleva a su mente con los ojos cerrados y después describe las características de forma, color, tamaño, dirección, nombre de cada figura, orden de las mismas con los ojos cerrados hasta describir 6 figuras

Se continúa el ejercicio, la paciente une memoria visual a la ortografía se presentan palabras escritas con silabas de colores y de ortografía correcta en el computador se le pide a la paciente que visualice bien estas palabras y las grave en su mente (haga una fotografía en su mente), cierre los ojos y continúe viéndolas, cuando la paciente diga ya, sin que ella vea las palabras le hago preguntas ¿cuál era la primera letra?, ¿de qué color era la segunda?, ¿cuál es la segunda letra?, ¿la letra roja cual era?, ¿la letra azul cual era? ¿Cuál es la palabra completa?, y así sucesivamente hasta que la paciente describe con estas características 4 palabras

La paciente trabaja vocabulario. Teniendo en cuenta que una de las letras de mayor falencia en la ortografía de la paciente es el uso de la B y la V se presenta una lista de 25 palabras escritas con b y 25 escritas con v, se le pide a la paciente observar cuidadosamente las palabras y gravar su escritura en su mente.

Seguidamente se le pide a la paciente que escriba las palabras que se acuerde en una hoja teniendo en cuenta su escritura, se compara con las palabras originales, las que están bien

escritas la paciente las escribe en otra hoja como palabras de correcta ortografía, las incorrectas vuelven a la lista de las 25 palabras para volver a visualizarlas

Vuelve a visualizar la lista de las 25 palabras para gravar la ortografía de las palabras incorrectas y de otras palabras, las grava en su mente y las vuelve a escribir en la hoja correspondiente, se evalúa su escritura y las palabras correctas las vuelve a escribir en la lista de palabras de correcta ortografía y así sucesivamente hasta escribir correctamente todas las palabras presentadas. Luego se le pide a la paciente que guarde las palabras en su mente, las recuerde y visualice con su ortografía cuando las vaya a escribir, es buscar en su diccionario mental la palabra con la escritura adecuada.

Se recomienda hacer este ejercicio con todas las palabras que presenten error de ortografía en su escritura para mejorar la habilidad de ortografía y del nivel escolar.

Finalmente la paciente observa el video “*usos de B y V*”,. *Recuperado de:* [www.youtube.com/watch?v=7ZqqcVYIFKU](http://www.youtube.com/watch?v=7ZqqcVYIFKU) , donde se indican las diferentes reglas de usos de estas dos letras con ejemplos de listas de palabras para fortalecer el conocimiento de ortografía en la paciente.

Seguidamente la paciente hace ejercicio, escribir la letra B o V faltante de acuerdo a la ortografía en una lista de palabras que se le facilito para este fin.se evalúa las palabras correctas y las incorrectas las corrige, las visualiza y escribe la palabra completa 3 veces cada una.

**Observaciones:** la paciente trabajo atenta a las actividades y saco sus propios conceptos, se compromete a continuar ejercitando estas actividades a diario para desarrollar las habilidades de aprendizaje en ortografía y lectura.

**Recomendaciones:** trabajar diariamente la lectura, escritura, y ortografía para mejorar la comprensión, la ortografía y con ello el rendimiento escolar el siguiente año. Tener en cuenta los temas trabajados durante el proceso de terapia y poner en práctica lo aprendido para fortalecer su desarrollo personal, académico y familiar

## SESIÓN 16

**Fecha** 10 de diciembre de 2014

**Hora** 2 pm

**Objetivo.** Aplicar pruebas de AFGAR Familiar, IBIT modificado para niños IBT, inventario de ansiedad de Beck BAI, escala de miedo a la evaluación FNES, para evaluar el estado de evolución del proceso terapéutico con la paciente, su expectativa respecto **a las terapias y determinar el resultado general del tratamiento en la paciente.**

**Evolución.** Paciente que acude a la cita sola porque sus padres no se encuentran en el municipio, manifiesta sentirse bien, respecto al miedo a salir a la calle sola, dice que ya sale sin compañía, ha asistido a actividades de deporte (jugar con amigos basquetbol,) ha bailado y se ha dado cuenta que le gusta bailar, y socializa con amigas del barrio, tiene más amistades y se ha sentido bien en lo que hace. Se observa tranquila, sonriente, colaboradora.

**Actividad.** Evaluar el aprendizaje y expectativa del proceso terapéutico en la paciente mediante preguntas.

¿Qué piensa del proceso terapéutico que ha llevado durante su tratamiento? “me pareció muy bien todo lo que pase en el tratamiento porque me ayudo a entender los inconvenientes que tenía en el colegio y también a mis padres, ya que todos me regañaban y me reprochaban porque yo no sacaba buenas notas, o porque me iba mal, hasta los profesores también, pero nadie miraba porque me sucedía, y yo pensaba que no era capaz de estudiar, tenía los ánimos caídos por eso me retire del colegio, pero ahora sé que soy capaz, que puedo y que debo estudiar por el bien mío, sé que me iba mal era porque tenía un problema que no me dejaba concentrar en lo que hacía, solo estaba pensando en los demás y no en los objetivos de mi estudio.

También aprendí muchas cosas más, como dejar el miedo a salir a la calle sola, a hablar con la gente, eso también siento que recupere bastante ya voy a jugar, salgo con amigas, hago los mandados sola, sin preocuparme de nada, me siento más tranquila”.

¿Según el proceso que desarrollamos cuál era su problema? “yo sentía miedo de que me miraran o me criticaran los demás y por eso no quería salir o hacer las cosas que me ponían donde había gente, también encontramos que tenía dificultades en la lectura porque leía muy rápido y no entendía lo leído, y al escribir no lo hacía bien, porque cambiaba letras y eso cambiaba el sentido de las palabras y por eso me iba mal”

¿Qué aprendió para mejorar esos comportamientos? Aprendí que tengo que tener pensamientos positivos en lo que haga, creer en mi capacidad, que puedo, que soy capaz; aprendí a manejar la respiración para disminuir los nervios, y tener calma para resolver los problemas porque todos los problemas se pueden solucionar. Me siento mucho mejor”.

¿Qué piensa ahora de los miedos? “Pienso que hay miedos normales y otros que no son normales, pero mis miedos según lo que vi es que no son de peligro porque no me pasa nada malo, solo eran mis nervios que me ganaban”

¿Cómo va a manejar los miedos de ahora en adelante? Mirando la situación que tan grave es, estudiando para las evaluaciones, haciendo las tareas, para que no me regañen, y respirando como me enseñó para calmarme, y no exagerar las situaciones. También practicando la relajación para disminuir el estrés y confiar en mí.

Se evalúa la evolución del proceso terapéutico aplicando las mismas pruebas que se aplicaron para la evaluación inicial de la paciente.

### **AFGAR familiar**

*Tabla 16. AFGAR. Funcionalidad Familiar*

<b>PREGUNTA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad				X	
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					X
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades			X		
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor				X	
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa			X		

Fuente: La Autora

Esta prueba reporta un puntaje de 14, mostrando una disfunción familiar leve. En este resultado muestra cambio positivo en la funcionalidad familiar de la paciente si tenemos en cuenta el AFGAR familiar aplicado en el proceso de evaluación de la paciente el cual reportó un resultado de 12, reflejando una disfunción familiar moderada en el hogar de la paciente.

### **IBIT modificado para niños puntaje total**

*Tabla 17. Modificación de Ideas Irracionales*

<b>IDEAS</b>	<b>LIMITE INFERIOR</b>	<b>PUNTAJE FINAL</b>	<b>LIMITE SUPERIOR IBIT</b>	<b>PUNTAJE INICIAL</b>
Necesidad De Aprobación	7.3	4	8.3	9
Culpar A Otros	8.3	8	9.0	9
Auto Exigencia	<b>7.9</b>	8	8.7	9
Tolerancia A La Frustración	9.6	8	10.4	10
Necesidad De Control	6.7	5	7.5	9
Ansiedad O Preocupación	8.3	6	9.1	8
Irresponsabilidad Emocional	5.0	4	5.6	6
Dependencia	8.6	7	9.4	11
Influencia del pasado	6.5	5	7.3	8
Perfeccionismo	6.2	6	6.8	6
Evitación de problemas	6.5	4	7.3	8
Territorialidad	<b>10.3</b>	12	11.1	14

Fuente: La Autora

Comparando el resultado final de la prueba, con el resultado de la prueba aplicada en la evaluación inicial, se observa que los puntajes han disminuido en un nivel significativo, lo que indica que el tratamiento terapéutico ha modificado las ideas irracionales de la paciente. Y comparando los puntajes obtenidos en esta prueba aplicada para evaluar resultados del tratamiento con los puntajes de los baremos del IBIT modificado para niños, se observa que la prueba reporta puntajes por debajo del límite inferior de los baremos, es decir que hubo modificación de los esquemas cognitivos de la paciente de manera positiva, lo cual se evidenciará en la conducta asertiva de la paciente.

Se aplica **inventario de ansiedad de Beck, BAI**, para evaluar nivel de ansiedad en la paciente.

*Tabla 18. Nivel de Ansiedad.*

1.	0	Hormigueo o entumecimiento
2.	1	Sensación de calor.
3.	0	Temblor en las piernas.
4.	0	Incapacidad de relajarse
5.	0	Con temor a que ocurra lo peor.
6.	0	Mareo o aturdimiento.
7.	0	Palpitaciones taquicardias.
8.	0	Sensación de Inestabilidad e inseguridad física.
9.	1	Terrores.
10.	1	Nerviosismo.
11.	0	Sensación de ahogo.
12.	0	Temblores de manos.
13.	0	Temblor generalizado o estremecimiento.
14.	0	Miedo a perder el control.
15.	0	Dificultad para respirar.
16.	0	Miedo a morir.
17.	0	Sobresaltos.
18.	0	Molestias digestivas o abdominales.
19.	0	Palidez.
20.	0	Rubor facial.
21.	0	Sudoración (no debida al calor)

*Fuente: La Autora*

La prueba describe síntomas fisiológicos (sensación de calor), subjetivos (nerviosismo), cognitivos (terrores) y los califica con 1 para un resultado total de 3 puntos, definiendo un nivel de ansiedad mínimo en la paciente según la escala de interpretación del inventario de ansiedad BAI

Comparando con la prueba BAI aplicada en la evaluación inicial de la paciente, se evidencia que durante el tratamiento disminuyó el nivel de ansiedad de leve a mínima en la paciente. Según la escala BAI, es un grado de ansiedad que no representa molestia por lo que se puede considerar aceptable en el estado emocional de la paciente.

**Escala de miedo a la evaluación negativa (FNES)**, aplicada para evaluar componente cognitivo de la paciente (pensamientos y evitación), reporta 6 ítems de respuestas positivas verdaderas, cero ítems de respuestas negativas verdaderas; 17 negativas falsas, y 7 positivas falsas para un total de 24 ítems de respuestas falsas.

Comparando los valores de la escala de miedo a la evaluación negativa aplicada en el proceso de evaluación de la paciente, con los valores obtenidos en la evaluación final del proceso terapéutico, se observa que, el componente cognitivo de la paciente se modificó, mostrando bajo temor a ser juzgada o criticada por los demás. Resultado demostrado con el puntaje de las respuestas verdaderas 6 y respuestas falsas en total 24.

**Test para evaluar habilidades del aprendizaje**, muestra el área de ortografía con 4 respuestas acertadas sobre 10 preguntas formuladas y en la comprensión verbal con un puntaje de 4 respuestas acertadas sobre 5 preguntas formuladas. Si comparamos el resultado con el test aplicado en la evaluación inicial de la paciente, se observó que estas áreas eran las menos habilidosas en la paciente, el actual resultado evidencia que la paciente ha ganado habilidad en estas áreas del aprendizaje

*Tabla 19. Nivel de Habilidades de aprendizaje*

VARIABLE	No. DE PREGUNTAS	PUNTAJE
Comprensión verbal	5	4
Fluidez verbal	15	11
Letras comunes	9	7
Ortografía	10	6
Calculo numérico	5	4

## **Recomendaciones**

- Se le muestra a la paciente los resultados de las pruebas resaltando el progreso obtenido durante el tratamiento, se explica que el tratamiento no termina con esta evaluación y esta última sesión, y se orienta a continuar practicando todos los conocimientos trabajados, la práctica de la respiración diafragmática, y relajación progresiva e incorporarlas en su vida

diaria como hábitos de bienestar y como herramientas de control en las situaciones de activación emocional y tensional que se le presenten en su vida cotidiana.

- Mantener la confianza en sus capacidades y habilidades y afrontar las situaciones asertivamente para darles soluciones adecuadas
- Continuar diariamente practicando ejercicios de lectura y escritura de ortografía para facilitar esta habilidad y así lograr un rendimiento escolar adecuado
- Exponerse al contacto social y participar en actividades escolares (exposiciones, pasar al tablero, participar en clase, preguntar las dudas,) para reafirmar la seguridad personal y auto estima
- Tener en cuenta que las ideas o pensamientos anticipados a las situaciones nos llevan a desarrollar sentimientos y emociones negativas y con ellas conductas erradas que nos pueden afectar el desarrollo de nuestras vidas

**Observaciones.** Estas recomendaciones se entregan por escrito a los padres de la paciente junto con los resultados de la pruebas de evaluación final y se comprometen a continuar con el acompañamiento en el cumplimiento de las mismas a la paciente y con el seguimiento cada mes por 3 meses, y a continuar mejorando la relación familiar y trato con la paciente.

A la paciente se le informa que se hará seguimiento cada mes durante 3 meses a su caso para evaluar la evolución en contacto social, habilidades de escritura y ortografía, habilidad en evaluaciones escolares, componente cognitivo (ideas, pensamientos, miedos) y habilidad en solución de problemas, relación familiar.

## 9. SEGUIMIENTO

Se establece 3 citas de seguimiento al mes a los 2 meses y a los 6 meses para evaluar avances y evitar recaída de la paciente.

### Cita de seguimiento

1º mes

**Fecha febrero 22 de 2015. 5 pm.**

**Objetivo:** evaluar la evolución de la paciente y brindar apoyo en las dificultades, reforzar conocimientos, aclarar dudas.

Asisten los padres con la paciente a la consulta. se observa paciente alerta activa sonriente, manifiesta que regreso al colegio, se ha sentido bien con los compañeros y profesores, hasta el momento le ha ido muy bien en todas las actividades escolares de trabajos tareas, no ha sentido miedo a las evaluaciones, ni a participar en clase.

Ha establecido un horario de trabajo en casa y está haciendo todos los días las tareas, y preparando las evaluaciones, está contenta de volver al colegio, se observa satisfecha con lo que ha logrado y expresa agradecimientos a la psicóloga por lo que le ha enseñado, “estoy contenta como me he sentido y como me ha ido en el colegio, ya no siento lo que antes sentía, era miedo que no me dejaba hacer las cosas, me siento cómoda los compañeros”

Los padres expresan sentirse contentos “ no tenemos como pagarle doctora lo que hizo por nuestra hija, yo pensaba que la niña no iba a hacer nada y como era tan agresiva , tenía mucho miedo, la niña ha cambiado mucho, está bastante entusiasta con su estudio, le ha ido muy bien, en las evaluaciones que ha presentado ha tenido calificaciones entre 4,0 y 4,8 , tiene bastante interés en las tareas, y estudia todos los días para las evaluaciones, se deja orientar y ayudar en lo que tiene dudas”.

Expresan su alegría y la madre se emociona y llora dando gracias a la terapeuta. Dice que los profesores le dijeron que su hija había cambiado 100%, que antes no hablaba y era rebelde a ahora

es activa participa y está muy interesadas en estudiar, es la que dirige el biblio banco del grado, y que ha participado en danzas, ha hecho exposiciones en clase, y participa en clase, que la felicitaron por haber buscado ayuda para la niña y que se comprometieron a motivarla para que siga así, le indicaron mejorar ortografía

Los padres se comprometen a motivarla y apoyarla para que continúe el progreso de la paciente, y dicen que están felices por los resultados de la paciente. También le cambiaron las gafas.

Se orienta a los padres a continuar su apoyo, a motivarla positivamente y a valorarle y elogiar las actividades de la paciente para motivar seguridad y autoestima, a la paciente se recuerda sus capacidades, habilidades, a tener en mente pensamientos positivos “soy capaz, puedo hacerlo, tengo que lograrlo, entre otros, se motiva practica de relajación progresiva y respiración diafragmática para que la realice a diario o cuando sienta activación de sus emociones.

### **Seguimiento 2º mes.**

**Abril 20 de 2015.** Paciente acude atenta a la cita, expresa sentirse bien por su cambio de conducta y de pensamiento, dice que se ha sentido bien en el colegio, no perdió materias en el periodo, los profesores le han felicitado, izo bandera y los compañeros la tratan muy bien. En casa cambio la relación familiar, sus papas le han ayudado y ella se siente contenta con ellos, los papas manifiestan sentirse contentos con el progreso de la niña, están atentos al apoyo de las actividades escolares, refieren interés de la niña en el estudio manifestado en acciones de madrugar a estudiar, trasnochar preparando las tareas y evaluaciones, se observa tranquila, contenta con el cambio en su rendimiento académico y con el trato en su colegio

## 10. MARCO TEORICO

### 10.1 ORIGEN DEL TÉRMINO ANSIEDAD

Según la revista psicología científica.com, volumen 16 año 2014,

*La ansiedad es “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida” (Virues, R.A. 2005)*

Dice que la ansiedad normal se diferencia de la patológica, porque ésta última hace una valoración irreal o distorsionada de la amenaza.

#### 10.1.1 La Naturaleza de los Trastornos de Ansiedad

Antonio Cano Vindel, presidente de la, Sociedad española para el estudio de la ansiedad y estrés SEAS, dice que para definir un trastorno de ansiedad hay que partir de la normalidad, teniendo en cuenta que la ansiedad es una respuesta emocional natural de las personas.

Para este autor, un trastorno de ansiedad es una patología, cuando hay *“exceso en la frecuencia, intensidad, duración, etc. de la respuesta de ansiedad, o simplemente como una respuesta inadecuada a las demandas de la situación”*. (Cano V, A. 2013)

Este autor dice que las emociones son reacciones que se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo o estado afectivo que van acompañadas por la percepción de cambios orgánicos, o corporales, a veces muy intensos, se caracterizan, por una elevada activación fisiológica, especialmente del sistema nervioso autónomo (sudoración excesiva, aumento de tasa cardíaca, etc.) y del sistema nervioso somático (tensión muscular), aunque también se activan otros sistemas (hormonal, inmune, etc.).

Por su parte el Dr. C. George Boeree del Departamento de Psicología - Universidad de Shippensburg dice, que *“La ansiedad está en la raíz de muchos, si no todos, nuestros trastornos psicológicos”*, la define *“como una respuesta de miedo, que implica la activación del sistema nervioso simpático, en respuesta a una situación peligrosa”*. (Boeree, C.G. 1999) Sostiene que más concretamente, la ansiedad es la anticipación del peligro, aprendido a través de situaciones estresantes repetidas o traumas.

El equipo de psicólogos de Madrid España, dice que la ansiedad se divide en ansiedad normal y patológica; según ello, la ansiedad normal se presenta poco frecuente, su intensidad es leve y su duración es limitada, este tipo de ansiedad no interfiere en la vida cotidiana de las personas, sino al contrario puede ayudar a ser más resolutivas y alcanzar un nivel de eficiencia alto, mientras que

*“la ansiedad patológica se manifiesta reiteradamente, su intensidad es elevada. Y consiste en una reacción desproporcionada frente a un estímulo o situación estresante, e interfiere significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, por lo cual, requiere tratamiento específico”* Recuperado de: <http://www.propsicologia.com/ansiedad.html>

### **10.1.2 Prevalencia de la ansiedad.** Tomando datos de diferentes fuentes tenemos:

La clínica de la ansiedad referencia, para la Fobia Social una prevalencia global que oscila entre el 3% y el 13%., de igual manera el Trastorno de Estrés Postraumático presenta una prevalencia global que oscila entre el 1% y el 14%. Para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, la prevalencia anual fluctúa entre el 1.5% y el 2.1%, la prevalencia global es de aproximadamente el 2.5%. El Trastorno de Pánico, en estudios de población general, la prevalencia anual oscila entre el 1 y el 2% y la prevalencia global se sitúa entre el 1.5% y 3.5%. Estas cifras muestran la alta incidencia de la ansiedad en la población en general.

*Recuperado de: <http://www.clinicadeansiedad.com>*

El Estudio Nacional de Salud Mental (2006) Colombia Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, refiere, que en *“Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia*

*que otros trastornos mentales*”, muestra que el 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. También reporta que estos trastornos son más frecuentes entre las mujeres con un (21.8%).

Dicho estudio sostiene que 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 ansiedad social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. También manifiesta que, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático.

La American Psychiatric Association, (2002). En el estudio de prevalencia de trastornos mentales en diferentes universidades de Colombia, muestra que entre un 3% y un 5% de la población general ha presentado a lo largo de la vida un trastorno de ansiedad. Según esta asociación, la fobia social aparece en una prevalencia que oscila entre 3% y 13% de la población mundial.

### **10.1.3 Bases teóricas sobre ansiedad**

Wolpe, J. (1981), define la ansiedad como *"aquella pauta o pautas de respuesta autonómica que constituyen una parte característica de las respuestas de los organismos a los estímulos nocivos"*

Skinner, B. (1979). Dice que es el *"miedo a un evento inminente, que implica respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado"*.

Beck, A. (1985). Notable representante del Enfoque Cognitivo, *"la ansiedad es un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo"*. Este autor dice es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), y que los individuos que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño.

Por la aportación existencialista May, R. (1968), define “*la ansiedad como la aprensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo juzga esencial para su existencia como un yo*”.

Lang (2002), por su parte, define la ansiedad como “*una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros*”

Lazarus según su concepto, la ansiedad se da en todas las personas y motiva el rendimiento y adaptación al medio.

*“Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente”.* (Lazarus. 1976):

**10.1.4 Causas de la ansiedad y los trastornos de ansiedad.** El Reach.out.com, en su artículo trastornos de ansiedad, tipos, causas y síntomas, refiere que la ansiedad tiene varios aspectos desencadenantes como son: el aspecto **Genético** representado por historial de ansiedad dentro de la familia; la Parte **Bioquímica**, Dada en el desequilibrio de las sustancias químicas en el cerebro que regulan los sentimientos y las reacciones físicas, las cuales pueden alterar los pensamientos, emociones o conducta; un **evento estresante**. Como divorcio, abuso, acoso escolar continuo (bullying), abuso sexual, una muerte, ruptura de una relación o conflicto familiar; y la **Personalidad**; ya que ciertos tipos de personalidad corren más riesgo de sufrir de ansiedad que otros. Recuperado de: <http://us.reachout.com/buscaapoyo/informate/trastornos-de-ansiedad-tipos-causas-y-sintomas>

**10.1.5 Principales tipos de trastornos de ansiedad.** El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV- TR, Dentro de su clasificación referencia los siguientes tipos de trastornos de ansiedad:

- *“Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)*
- *Agorafobia*
- *Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)*

- *Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01)*
- *Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)*
- *Fobia específica (F40.02)*
- *Fobia social (F40.1)*
- *Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)*
- *Trastorno por estrés postraumático (F43.1)*
- *Trastorno por estrés agudo (F43.0)*
- *Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)*
- *Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)*
- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias”. (Aliño, I. y López, J.J. 2000))*

Según el artículo, Modelos teóricos de la ansiedad (causas, consecuencias, diagnóstico) Vivelibre.org. Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría

*“el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia.*

*El trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas intrusivas y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas” (.Virues. 2005)*

## **10.1.6 Enfoques Teóricos**

### **10.1.6.1 La Perspectiva Psicofisiológica:** refiere que

*“La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. (Virues, 2005).*

**10.1.6.2 Teorías Conductistas.** Los conductistas se basan en que todas las conductas son aprendidas y que en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que se va a mantener posteriormente

Según esta teoría, las personas

*“aprenden erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se tiene contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza”.* (Virues, 2005).

**10.1.6.3 La teoría del aprendizaje social** refiere que la ansiedad se desarrolla no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, *“sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno”* (Virues, 2005).

**10.1.6.4 Teorías Cognoscitivistas.** Consideran a la *“ansiedad como resultado de “cogniciones patológicas”*. Es decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. En otras palabras el procesamiento que hace el individuo de la información es la responsable del comportamiento. (Virues, 2005)

### **10.1.7 Dimensiones de la Ansiedad**

El artículo bases teóricas de la ansiedad manifiesta que la ansiedad genera 3 tipos de respuesta.

**A nivel subjetivo-cognitiva:** *tiene que ver con la propia experiencia interna, y esta relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos”* (Sandín, B. y Chorot, P. 1995). Entre estas se encuentran las experiencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones, y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico.

**A nivel fisiológico-somática:** referencia los *“cambios y activación fisiológica de tipo externo”* y entre estos síntomas como: sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros, y *“a nivel interno”* aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros). (Sandín, B. y Chorot, P. 1995).

A nivel **motor-conductual** describe “*cambios observables de conducta*” que incluyen la expresión facial, los movimientos y posturas corporales, y resalta principalmente las respuestas de evitación y escape de la situación como generadora de ansiedad (Sundín, B. y Chorot, P. 1995)

## **10.2 F40.1 FOBIA SOCIAL [300.23] (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)**

### **10.2.1 Definición**

El DSM\_IV-TR, (2000). Refiere que “*la fobia social se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación*”. DSM\_IV-TR, (2000).

Según el estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del I.S.R.A, de la universidad complutense de Madrid. Facultad de psicología. 1995. “*La fobia social es una categoría diagnóstica relativamente nueva. El primero que la describió fue Marks en 1970, pero no formo parte de la nomenclatura psiquiátrica hasta que fue introducida como tal en la tercera edición de la APA*” (DSM-III; APA, 1980).

Por su parte el artículo, perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia de Vidal Fernández, j., Ramos-Cejudo, J. y Cano-Vindel, A (2008), área humana del Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Referencia que “*la ansiedad social adquiere una significación clínica cuando aumenta hasta tal punto que interfiere negativamente en nuestra vida cotidiana, en el plano personal, laboral, familiar y social*” (Echeburúa, 1993). Este trastorno es considerado por algunos autores como el tercer trastorno psicológico más común e incapacitante

**10.2.2 Características de la Fobia Social.** Para definir las características de la fobia social se tuvo en cuenta diferentes fuentes entre ellas:

La clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes de la CIE-10 la cual referencia que la *“fobia social suelen comenzar en la adolescencia y se caracteriza por el miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de grupos relativamente pequeños (en contraposición a las multitudes) y suele conllevar a evitación de determinadas situaciones sociales”* (López, J.J. y Ibor. 2007).

El libro clasificación de la CIE \_10 de los trastornos mentales y del comportamiento en los niños y adolescentes 2007, dice que la ansiedad social se presenta *“con igual frecuencia en mujeres y varones”* (López, J.J. y Ibor. 2007).

Por su parte Cesar Jesús Antona Casas, Doctor en Psicología por la Universidad Pontificia de Salamanca, en su libro, Fobia social evaluación y tratamiento, escribe que la fobia social, es conocida también como trastorno de ansiedad social, y que se caracteriza porque quienes la padecen temen causar una impresión negativa en los demás. Además evitan las situaciones sociales en las que desearían participar pero rehúyen hacerlo por miedo a exponerse en público.

Este autor también refiere que es un desorden que afecta cotidianamente al individuo en:

*“los ámbitos: académico, donde (los alumnos inhiben su participación en el salón de clases y su desempeño escolar se ve mermado); y en el ámbito laboral (establecen relaciones poco satisfactorias con sus jefes, compañeros y clientes, y ofrecen una imagen equivocada de sí mismos)”*, (Antona Casas 2009).

En lo social (pierden oportunidades de establecer relaciones significativas de tipo amistoso o sentimental). Y como consecuencia, los niveles de desempleo, soledad y soltería son muy elevados entre quienes sufren este mal, lo cual deriva con frecuencia en cuadros depresivos.

La Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina - N° 155 – Marzo 2006 hace referencia a la Fobia Social como *“ una condición común, crónica y debilitante que origina invalidez social y laboral, debido a que los pacientes sufren un temor persistente a ser humillados o ridiculizados mientras estén expuestos a una relación interpersonal”* (Staudt, M.A., Stortti, M.A., 2006) Afirma que es un trastorno grave y ampliamente difundido, que ocasiona angustia y discapacidad significativa en diferentes grupos poblacionales, considera que es la tercera enfermedad psiquiátrica en importancia. Y que comienza a mediados de la

adolescencia, una etapa en la que es probable que ocasione el mayor daño al desarrollo psicológico, como a la formación de relaciones y establecimiento de metas de vida de la persona.

Según Vicente e Caballo (2002), en su libro manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1. p, 26, describe que *“La característica distintiva de los sujetos con fobia social es el temor al escrutinio por parte de los demás (Heimberg, Dodge y Becker, 1987) porque temen que ese escrutinio sea embarazoso, sea humillante o los haga a parecer como tontos o sea evaluados negativamente”* el autor resalta que los sujetos no tienen dificultades cuando realizan las mismas tareas en privado”.

Recomienda prestar atención de forma importante a la edad infantil ya que Schneier et al, 1992, encontró un porcentaje del 33% de niños que habían iniciado el trastorno entre los 0 a 10 años. De igual manera, dice que una vez desarrollado el trastorno se torna crónico y puede durar toda la vida

### **10.2.3 Prevalencia de la fobia social.**

Vicente caballo (2002) sostiene que la prevalencia de la fobia social ha variado notablemente según los diferentes estudios, y que

*“actualmente parece considerarse como uno de los trastornos mentales más frecuente con porcentajes que varían del 3 al 13% (APA1994)”*, también dice que *“esos porcentajes pueden ser superiores como el 14,4% en Francia, encontrado por Weiller et él. (1996). O inferiores como el 2,6% en estados unidos, el 1% en puerto rico y el 0.5% en corea, hallado por weissmanet al1996”*.

Resalta que la distribución por sexos es básicamente igual en muestras clínicas, pero en la población en general el porcentaje de mujeres parece ser superior al de hombres, constituyendo el 59 al 72% de las personas con fobia social.

**10.2.4 Tipos de fobia social.** Según Vicente caballo (2002), en su libro manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Volumen 1, p 28, El DSM IV (APA, 1994) solo reconoce la fobia social discreta y la fobia social generalizada. Afirma, que se han propuesto otros subtipos de fobia social, y referencia a (Heimberg 1995) diciendo que *“propone la existencia de una fobia social discreta o circunscrita, que se da cuando el individuo*

*solo teme a una o dos situaciones, una fobia social no generalizada cuando se teme una o varias situaciones y fobia social generalizada cuando el sujeto teme a la mayoría de las situaciones sociales*<sup>51</sup>. También refiere que algunos autores han propuesto, el temor a hablar en público como un subtipo específico de fobia social, debido fundamentalmente a la mayor prevalencia de este tipo de ansiedad social sobre los demás.

**10.2.5 Síntomas de la fobia social.** El DSM-IV- TR 2000, Breviario, describe que, cuando el individuo con fobia social se encuentra en las situaciones sociales o en las actuaciones en público temidas, *“experimenta una preocupación constante por la posibilidad de que resulten embarazosas y teme que los demás le vean como a un individuo ansioso, débil, «loco» o estúpido”*. (López, J.J. y Aliño, I. 2000)

De igual manera refiere que los individuos pueden tener miedo de hablar en público porque creen que los demás se darán cuenta de que su voz o sus manos están temblando, o porque piensan que en cualquier momento les puede invadir una extrema ansiedad al mantener una conversación por temor a no poder articular correctamente las palabras.

También describe que pueden evitar comer, beber o escribir en público por miedo a sentirse en apuros cuando los demás comprueben cómo les tiemblan las manos..

Hace énfasis en el enrojecimiento como un síntoma muy típico de la fobia social, como también al temor a las evaluaciones directas, por ejemplo, los exámenes. Y a veces muestran pobres habilidades sociales (p. ej. mantener la mirada de otras personas) o presentan signos de ansiedad (p. ej. manos frías y pegajosas, temblores, voz vacilante).

Referencia los síntomas según la edad, el sexo y la cultura, donde describe que las fobias sociales en los niños se pueden manifestar por llanto, tartamudez, parálisis, abrazos o aferramiento a familiares cercanos y abstención a mantener relaciones con los demás hasta llegar incluso al mutismo. en niños mayores pueden mostrarse excesivamente tímidos, eludir los contactos, no participar en juegos.

Es posible que presente una disminución de su participación en clase, negativa a asistir a la escuela o evitación de las actividades y citas adecuadas para su edad.

### 10.2.6 Criterios diagnósticos para la fobia social

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV TR 2000' dice que para definir el trastorno de ansiedad social se deben tener en cuenta criterios como:

- A.** Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en Público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.
- B.** La exposición a las situaciones sociales temidas, provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad.
- C.** El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional, y en los niños puede faltar este reconocimiento.
- D.** Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.
- E.** Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo
- F.** En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.
- G.** El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica". (López, J.J. y Aliño, I. 2000).

También hace énfasis en que los temores o los comportamientos de evitación deben interferir marcadamente en la actividad laboral o académica del individuo o en sus relaciones sociales, o generar un malestar clínicamente significativo.

Los Criterios Diagnósticos de la clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes. p.89 manifiesta que para hacer un diagnóstico correcto para la fobia social.

*“Los síntomas comportamentales, psicológicos y vegetativos deben ser manifestaciones primarias de la ansiedad, y no secundarios a otros síntomas tales*

*como las ideas delirantes o pensamientos obsesivos. Y la ansiedad debe limitarse o predominar en situaciones sociales concretas y la situación fóbica debe ser evitada siempre que sea posible”.* (López, J.J. y Aliño, I. 2000)

**10.2.7 Factores asociados a la fobia social.** Según el DSM-IV-TR 2000, la hiper susceptibilidad a la crítica, a la valoración negativa por parte de los demás y al rechazo; la dificultad para autoafirmarse, y la baja autoestima y los sentimientos de inferioridad. Son factores que favorecen el desarrollo de fobia social.

Por su parte Vicente caballo en su libro manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1, afirma que los factores cognitivos que pueden estar implicados en el mantenimiento a agravamiento de la fobia social son relativamente numerosos y referencia,

*“una sobreestimación de los aspectos negativos de su conducta por parte del individuo, una excesiva conciencia de sí mismo, un temor a la evaluación negativa, unos patrones excesivamente elevados para la evaluación de su actuación, una percepción de la falta de control sobre su propia conducta”* (Caballo, V.E. 1995)

Según el grupo psicólogos internos residente PIR, de psicología online, en su apartado modelos explicativos para la fobia social hacen referencia a las variables biológica, resaltando *“la capacidad innata para reconocer la amenaza social y responder a ella; la alta activación fisiológica que dificulta la habituación a situaciones amenazantes no familiares lo que propicia la evitación; la inhibición conductual en la infancia”* dice que la alta activación se convierte en factor de riesgo para el desarrollo de fobia social.

*Y la variable psicológica, porque que según (Bados 2001), “los factores de la propia experiencia pueden interactuar con la vulnerabilidad biológica y provocar fobia social al originar en el sujeto la sensación de pérdida de control ante distintas situaciones”*

Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/pir/modelos-explicativos-para-la-fobia-social.html>

También hacen alusión los padres sobre protectores, muy exigentes o poco respetuosos que emplean un estilo educativo basado en la vergüenza o en el rechazo; la falta de habilidades

sociales; la observación de experiencias sociales negativas o ansiedad social en padres o personas significativas.

**10.2.8 Impacto en la vida del individuo.** El DSM-IV 1995. Dice que *“Los individuos con fobia social suelen obtener malos resultados en la escuela debido a la ansiedad que les producen los exámenes y la evitación de la participación oral en clase”*. (Castellano. (1995). También pueden tener un bajo rendimiento laboral debido a la ansiedad que experimentan al hablar en grupos pequeños, en público, con los colegas y las figuras de autoridad, así como por la propia evitación de estas situaciones.

También dice que las personas que padecen fobia social disponen de un escaso apoyo social y tienen menos probabilidades de casarse. En los casos más serios estos individuos son expulsados de la escuela o despedidos del trabajo con la posibilidad de no poder reincorporarse a estas actividades por la dificultad y ansiedad que les supone acudir a entrevistas de selección.

Son pobres de amigos o no pueden aferrarse a nadie, no logran completar una relación, pueden permanecer toda la vida con los padres.

De igual manera describe que la fobia social, puede asociarse a otros trastornos como: al trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, al trastorno obsesivo-compulsivo, al trastorno del estado de ánimo, como también con trastornos relacionados con sustancias y trastorno de somatización .DSM- IV 1995

Vicente Caballo (1997) en su libro manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos refiere que la fobia social puede tener un impacto muy importante sobre el estilo de vida del sujeto, dice, que se ha encontrado que

*“es más probable que las personas con fobia social cuando se les compara con sujetos control, estén solteras, tengan menos estatus económico, tengan menos estudios, sean dependientes económicamente, tengan menos poder adquisitivo, padezcan otros trastornos psicológicos, piensen en el suicidio, se suiciden, cambien a menudo de su trabajo, no funcionen bien en el trabajo, estén socialmente aisladas, y tengan un deficiente apoyo social”* (Caballo, V.E. 1997).

## 10.2.9 Modelos explicativos de la fobia social

**10.2.9.1 Modelo cognitivo de la fobia social.** A.T. Beck y colaboradores (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck & Clark, 1988 y Clark & Beck, 2010) postularon desde el procesamiento de la información, que

*“la ansiedad es un resultado emocional de complejas respuestas biopsicosociales de importantes componentes evolutivos, biológicos, afectivos y cognitivos, que parte de la percepción y reconocimiento de una señal aversiva, procesada de manera selectiva y sesgada en cuanto a la evocación de la información contenida en memoria y la interpretación ya sea polarizada, personalizada, catastrófica y selectiva, como parte del ambiente amenazante y que a su vez, va acompañada de una percepción de unas limitadas capacidades personales de afrontamiento, cuyo resultado es una reacción disfuncional del sistema de respuesta emocional (fisiológico, motor, cognitivo, motivacional)”*.(Toro T, R.A. 2012).

Para estos autores el concepto central del modelo es el *esquema*, pensamientos automáticos, estructuración del significado, supuestos o creencias, la unidad básica del sistema de procesamiento de información que guía los procesos cognitivos como atención, memoria y percepción entre otros.

**10.2.9.2 El modelo de Barlow.** (Barlow, 2003; Barlow y Durand, 2001) sostienen que los seres humanos, por razones de evolución biológica, somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Sin embargo afirma que *“no todas las personas desarrollan una fobia social, ya que para que ésta se manifieste es necesario que el individuo sea biológica y psicológicamente vulnerable a la aprehensión ansiosa (expectativa aprensiva ante el futuro)”*, según este modelo, el individuo podría heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad y/o una tendencia a ser socialmente inhibido. Dice que los pensamientos negativos o irracionales que se infieren ante las situaciones sociales son los que hacen disfuncional al individuo.

**10.2.9.3 El modelo de Clark (2001) y Wells.** Este modelo refiere, que” *las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social*”, los cuales pueden ser divididos en tres categorías: Normas excesivamente altas de actuación social: *“debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación”*; creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación: *“sí me equivoco pensarán que soy un estúpido”*, Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: *“no soy suficientemente hábil.* (Clark 2001) y Wells

Estos supuestos influyen a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de los demás. Esto hace que el individuo actúe focalizado en fallar.

#### **10.2.9.4 El modelo de Rapee y Heimbergg, 1997**

Para este modelo, *“las personas creen que los demás son muy críticos y que es probable que los valoren negativamente; también le dan mucha importancia al hecho de que los valoren positivamente.”* (Rapee y Heimbergg, 1997)

**10.2.10 Tratamiento.** Para Vicente Caballo, en su libro manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos volumen 1. p 29-34. *“La fobia puede ser tratada hoy en día con eficacia con intervenciones cognitivo conductuales”*; refiere que, *“la posición cognitivo conductual plantea tratamientos empíricamente validados para la fobia social.”* Dice que tradicional mente se ha dividido el tratamiento en 4 tipos de procedimientos así: *“estrategias de relajación; entrenamiento en habilidades sociales; exposición y reestructuración cognitiva.”*

**10.2.11 Técnicas de tratamiento.** Para Vicente Caballo, las técnicas para el tratamiento de la fobia o ansiedad social son:

**10.2.11.1 Entrenamiento en habilidades sociales.** La define como *“un grupo de técnicas que intenta enseñar conductas interpersonales apropiadas para mejorar la competencia interpersonal de los individuos en situaciones sociales específicas”*. Supone que las reacciones

de ansiedad son secundarias a estos déficits por lo tanto la mejora de las habilidades sociales producir una reducción de la ansiedad.

**10.2.11.2 Estrategias de relajación.** Dice que esta técnica proporcionara al paciente medios para afrontar la ansiedad

**10.2.11.3 La exposición:** Referencia la técnica como un componente básico para la reducción eficaz del miedo. Sostiene que el objetivo de esta técnica es *”extinguir la respuesta condicionada de temor (RC) ante los estímulos o situaciones sociales condicionados (EC) al exponer repentinamente al individuo a estas situaciones condicionadas sin que ocurra un estímulo aversivo incondicionados”*

**10.2.11.4 Reestructuración cognitivo.** Considera que los factores cognitivos son más importantes en el desarrollo de la fobia social que en el caso de otros trastornos por ansiedad. Y que, *“el temor al escrutinio o a la evaluación negativa por parte de los demás es una característica básica de la fobia social y constituye un problema en la percepción de la conducta y los motivos de los demás”*, resalta las intervenciones para abordar las percepciones y los pensamientos distorsionados como especialmente importantes para el tratamiento de la fobia social. (Caballo, V.E. 1997)

### **10.3 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Para el centro de terapia conductual, la terapia Cognitivo-Conductual, también llamada Conductual, y es una de las escuelas de Psicoterapia más antiguas. según esta fuente

*“La terapia consiste en enseñar una serie de técnicas y estrategias psicológicas probadas científicamente para que la persona afronte su problema emocional y lo maneje hasta eliminarlo”*. Referencia la función del psicólogo como entrenar y la terapia un proceso de entrenamiento donde se elimina el resultado de malas experiencias. Recuperado de: <http://www.cetecova.com/index.php/terapia/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual>

El centro de psicología clínica y psicoterapia, R&A Psicólogos de México. Define la “terapia cognitivo-conductual (TCC), como *“la forma de tratamiento psicológico donde el terapeuta y el paciente trabajan en equipo para identificar y resolver problemas”*. En este sentido la Terapia Cognitivo-conductual asume que

*“los patrones de pensamiento mal adaptativos o erróneos causan un comportamiento desadaptativo (comportamiento contraproducente que interfiere con la vida diaria) y emociones “negativas”. Y que los terapeutas ayudan a los pacientes a superar sus dificultades a través de un tratamiento enfocado en la modificación de patrones de pensamiento, de modo que se obtenga la modificación del comportamiento y el estado emocional”*.

También dice que la meta de la terapia cognitivo conductual es reconocer pensamientos negativos y remplazarlos con pensamientos positivos, que darán lugar a comportamientos favorables para la persona. Por ejemplo, no puedo hacer nada bien, por expectativas positivas, como “puedo hacer esto correctamente. *Recuperado de:* <http://www.ryapsicologos.net/Terapia-Cognitivo-Conductual.html>

La monografía *terapia cognitiva conductual intervención en familias disfuncionales*. Referencia que *“los trastornos psicológicos hay que interpretarlos como trastornos conductuales, y éstos son consecuencia del aprendizaje de hábitos perjudiciales o desajustados”*. (Gardi, M. 2001):

### **10.3.1 Características de la terapia cognitivo-conductual**

La clínica PSINCO, psicología e intervenciones conductuales de Montevideo Uruguay describe que la terapia cognitivo conductual tiene características que dirigen y favorecen el desarrollo del tratamiento, entre ellas:

- *“La corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.*
- *Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.*
- *Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. Ubica el terapeuta como directivo: es decir complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.*
- *Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.*

- *Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.*
- *Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.*
- *Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida"*

Recuperado de: [http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia\\_cognitivo\\_conductual.htm](http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm)

**10.3.2 Modelos cognitivos.** Según el módulo las psicoterapias, Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios de psicología online de Juan José Ruiz Sánchez, Justo José Cano Sánchez, los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diversas evoluciones de las distintas escuelas psicológica, desde el *“psicoanálisis, Lungwitz (1926) “propone un modelo de terapia muy parecido a la terapia cognitiva actual, y K.Horney (1950) desarrolla su teoría de las actitudes neuróticas “Tiranía de los deberías”.*

Desde la psicología individual, Alfred Adler (1897-1937) desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia. Para este autor, que para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, *“el niño adquiere esquemas a perceptivos” en su etapa infantil pre verbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente”.* La terapia direccionaría a hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales.

Estos autores dicen que los fundadores modernos de esta psicoterapia son “Albert Ellis y Aaron Beck”. Que ambos se formaron en el psicoanálisis y abandonaron esta escuela, porque se dieron cuenta que ni las investigaciones, ni la práctica terapéutica correspondían al modelo.

Describen que Ellis (1913- ) En 1958 publicó su famoso Modelo A-B-C para la terapia.

*“En este modelo afirma las creencias Irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se “auto adoctrinaba” (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias”. Su terapia constituye la llamada “Terapia Racional Emotiva”. (Ellis (1913- )*

Beck con su trabajo sobre la depresión, dice que *“la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conducta”*. Referenciando

*“las estructuras cognitivas como los “esquemas cognitivos” o “supuestos personales” (Beck, 1979). Estas estructuras Equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis. Además “son adquiridas en etapas tempranas de la vida, permanecen a nivel no consciente, y se activan posteriormente por diversos eventos, llevando a determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas), las cuales generan a su vez problemas emocionales, conductuales y relacionales”*. (Beck, 1979).

La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación, y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la "Terapia Cognitiva", propuesta por Beck.

**10.3.3 Modelo conductista.** A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta:

En Inglaterra, H. J. Eysenck (1952) Este autor *“basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la Psicofisiológica”*.

Desde Suráfrica, Wolpe (1958) desarrolla un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado *“en el condicionamiento clásico y en la de sensibilización sistemática”*. Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis.

El tercer foco deriva de los E.E.U.U donde la obra de B.F.Skinner basada en el *“condicionamiento operante”* se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

En 1959, Eysenck introduce el término *“terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje (clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento”*.

En la década de 1960, se desarrolla por Bandera (1969) el tercer tipo de aprendizaje humano relevante: *“el aprendizaje por imitación o modelado”*.

En los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos-conductuales como el paradigma A-B-C (Acontecimiento-Cognición-Consecuencia) de Ellis (1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck (1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum (1977) y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandera (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

## BIBLIOGRAFIA

ANTONA CASAS, Cesar Jesús. Fobia social evaluación y tratamiento. Universidad Pontificia de Salamanca, en su libro, 2009

BECK, Aaron T. M. D. Terapia Cognitiva de Aaron Beck. Presidente Emérito del Instituto Beck de Terapia Cognitiva y para la Investigación. [pendientedemigracion.ucm.es/.../modelo%20terapia%20cognitiva%20b...](http://pendientedemigracion.ucm.es/.../modelo%20terapia%20cognitiva%20b...) 1967,1976

BECK, Aaron. Inventario de ansiedad de BAI

BOEREE, C. George. Psicología General. Departamento de Psicología - Universidad de Shippensburg, 1999. [www.psicologia-online.com/ebooks/general/trastornos-de-ansiedad.html](http://www.psicologia-online.com/ebooks/general/trastornos-de-ansiedad.html)

BRAVO CALDERÓN, Marcelo Archibaldo; PADRÓS BLÁZQUEZ, Ferrán. Modelos Explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo conductual. Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo Morelia, Michoacán, México. Uaricha, 11(24), 134-147 (enero-abril, 2014) [http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha\\_1124\\_134-147.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/uaricha_1124_134-147.pdf)

CABALLERO MARTÍNEZ, Luis; MAGRITOS LÓPEZ, Mónica. Clasificación de la CIE -10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en niños y adolescentes. Médicos residentes de psiquiatría clínica puerta del hierro. Universidad Autónoma de Madrid. Segunda edición. 2007

CABALLO, Vicente E. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1 trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos, España 1991. 34

Ibíd. p, 27 España. 1995.

Ibíd. p, 26, España. 2002.

Ibíd. p 29 España. 1997.

CANO VINDEL, Antonio. Sociedad española de estudios de la ansiedad y el estrés. *La Naturaleza de los Trastornos de ansiedad*. Septiembre, 2013  
<http://www.ansiedadestres.org/content/la-naturaleza-de-los-trastornos-de-ansiedad>

Colombia Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Estudio Nacional de Salud Mental. 2006

D'ZURILLA, Thomas; GOLDFRIED, Marvin. Entrenamiento en solución de problemas. 2011.  
<http://megustavolar.iberia.com/2011/03/tecnica-de-solucion-de-problemas/>

DELGADO, La fobia para hablar en público Copyright © 2011  
<http://hablaenpublicoconpoder.com/blog/10-tips-para-manejar-la-fobia-a-hablar-en-publico.html>

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson S.A. 1995

ELLIS, Albert. Cómo superar la ansiedad, 2013. Psicología y ciencia cognitiva.  
[wordpress.com/2013/02/02/como-superar-la-ansiedad-Albert-Ellis](http://wordpress.com/2013/02/02/como-superar-la-ansiedad-Albert-Ellis)

ELLIS, Albert (2000). *Cómo Controlar La Ansiedad Antes De Que Le Controle A Usted.* Barcelona: Paidós, pp. 18-22.... Blog de WordPress.com <https://psicologiaycienciacognitiva.wordpress.com/2013/02/02/como-superar-la-ansiedad-Albert-Ellis/> 2000

ESQUIVEL OCHOA, Giovanna; PÉREZ RIVERA, Miriam; RIVES GÓMEZ, Dian. Modelos teóricos de la ansiedad (causas, consecuencias, diagnóstico) universidad Latinoamericana. Campus Florida.2009. Vivelibre.org. <http://vivelibre.org/mybb/archive/index.php?thread-1439.html>

FERNÁNDEZ, Vidal; RAMOS-CEJUDO, J. y CANO-VINDEL, A. Perspectivas Cognitivas en el tratamiento de la fobia. Área humana. Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid 2008. [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento\\_cognitivo-conductual\\_caso\\_fobia\\_social.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/trat/Tratamiento_cognitivo-conductual_caso_fobia_social.pdf)

GABARRO, Daniel. Conferencia de 30 minutos que explica *cómo enseñar ortografía* reducir hasta el 80% 12 de diciembre de 2011. <https://www.youtube.com/watch?v=RS0Pk-uN9io>.

GARCÍA PARAJUÁ, Pedro; MAGARITOS LÓPEZ, Mónica. Clasificación de la CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento en los niños y adolescentes. Universidad autónoma de Madrid 2007.

Ibíd. Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, clasificación de la CIE 10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes 2001. Universidad complutense de Madrid. Presidente de la asociación mundial de psiquiatría.

GARDI, Mark. Eficacia de la terapia cognitiva conductual en la intervención de familias disfuncionales. Artículo publicado por Pecellin en la publicación española Revista de Psicología General y Aplicada volumen 4, República Dominicana 2011.  
<http://www.monografias.com/trabajos93/eficacia-terapia-cognitiva-conductual-intervencion-familias-disfuncionales>

GUIDARDINI. Comunicación efectiva entre padres e hijos 15 de oct. De 2009.  
<https://www.youtube.com/watch?v=4l6m8mKAqW8>.

La American Psychiatric Asociación, 2002. *Estudio de prevalencia de trastornos mentales y caracterización psicológica de los usuarios de consulta externa en psicología de diferentes universidades de Colombia. Mesa de psicología clínica, red de investigadores en psicología ASCOFAPSI*

LOMAS, Carlos. Catedrático de *Lengua castellana y Literatura* en educación secundaria y asesor de formación en el Centro del Profesorado de Gijón. Leer para entender el mundo. *Santillana*. [http://www.quadernsdigitals.net/datos\\_web/hemeroteca/r\\_1/nr\\_490/a\\_6670/6670.html](http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_490/a_6670/6670.html)

LOPEZ, Juan J.; ALIÑO, Ibor. El DSM\_IV-TR, Breviario. Criterios diagnósticos. Departamento de Psicología Medica y Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid 2000

LOPEZ, Juan. J; ALIÑO, Ibor. DSM-IV- TR BREVARIO. CRITERIOS DIAGNOSTICOS., Catedrático de Psiquiatría, departamento de Psicología Medica y Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, 2000

LÓPEZ, Juan. J; ALIÑO, Ibor. DSM-IV- TR Breviario. Criterios diagnósticos. Catedrático de Psiquiatría, departamento de Psicología Medica y Psiquiatría, Universidad Complutense de Madrid, 2000

REDOLOSI, Esther. Ansiedad ante los exámenes. Publicado en Ansiedad, Trastornos emocionales 24 de jun. De 2011 - <http://estheredolosi.com/ansiedad-ante-los-exámenes/> ;

RUIZ SÁNCHEZ, Juan José; CANO SÁNCHEZ, Justo José. Las psicoterapias, Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. Modelos cognitivos. (Seixas y Miró, 1993). Psicología online.

RUIZ SÁNCHEZ, Juan José; IMBERNON GONZALEZ, Juan José. Sentirse mejor como afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva. Psicólogo clínico. Psiquiatra esmdubeda, julio de 1996. Auto registro de pensamientos automáticos. [http://www.psicologiaonline.com/esmubeda/libros/sentirse\\_mejor/sentirse3.htm](http://www.psicologiaonline.com/esmubeda/libros/sentirse_mejor/sentirse3.htm)

SÁNCHEZ, Eduardo. Nunca digas que no puedes y como tomar buenas decisiones. Motivación Crecimiento 28 de abr. de 2012; video como tomar buenas decisiones. [www.youtube.com/watch?v=S5XNXe9pY1U](http://www.youtube.com/watch?v=S5XNXe9pY1U).video,

SAREGUNE, Ander . Derechos asertivos básicos, febrero de 2014. Blog de aprendizaje dinamización social en tic\* \*(tecnologías de la información y la comunicación) <https://andersaregune.wordpress.com/2014/02/27/derechos-asertivos-basicos/>

SOLÉ GRAO, Isabel. Video, *sentido de la lectura*, 12 de mayo de 2013- <http://www.youtube.com/watch?v=dM1bj7y5dAE>,

STAUDT, Mariana Andrea; STORTTI, Mercedes Alejandra; THOMAÉ, Vanessa María; MORALES BARTUREN, Noelia Silvina María. Fobia Social: Una enfermedad discapacitante

cada vez más frecuente. Revista de Posgrado de la VI a Cátedra de Medicina - N° 155 – Marzo 2006. med.unne.edu.ar/revista/revista155/5\_155.pdf

TABARES, Carlos Alberto. Superar los miedos ante los exámenes, 22 de julio de 2013.concursa con éxito.com www.youtube.com/watch?v=2-n3HGqhmfo

TABARES, Carlos Alberto. Superar los miedos ante los exámenes, 22 de julio de 2013 www.youtube.com/watch?v=2- n3HGqhmfovideo

TORO TOBAR, Ronald Alberto. Especialista en psicología clínica terapia cognitiva para fobia social: consideraciones desde el modelo cognitivo de Beck Revista brasilera de terapias cognitivas vol. 8 n° 2 - jul. / diez. De 2012 [http://www.rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=167)

VARELA COTA, Oliva. Definición de ansiedad. Subdirectora Académica en Academia de Seguridad Pública del Estado México. <http://www.psicopedagogia.com/definicion/ansiedadpsicologiadelaeducaciónparapadresyprofesionales>

VIRUES ELIZONDO, Rosa Aurora. Estudio sobre ansiedad. Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México, mayo de 2005 Revista psicología científica.com, volumen 16 año 2014. <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

ZUBEIDAT, I.; SALINAS, J. M.; SIERRA, J. C Escala de Miedo a la Evaluación Negativa y Escala de Evitación y Malestar Social: fiabilidad y validez en una muestra de adolescentes españoles. *Clínica y Salud* 2007; 18(1):57 81  
<http://espectroautista.info/tests/sociabilidad/ansiedad-social/fnes>

#### Páginas de Internet:

<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4008701.pdf> Estudio de perfiles diferenciales de ansiedad a través del I.S.R.A, universidad complutense de Madrid. Facultad de psicología 1995

<http://es.slideshare.net/mono4/ibt-modificado> IBIT modificado para niños

<http://fliphtml5.com/vrtx/glhl/basic/401-> Dsm-IV.Castellano.1995 Pág. 401- 450.

<http://us.reachout.com/buscaapoyo/informate/trastornos-de-ansiedad-tipos-causas-y-sintomas> USA. Trastornos de ansiedad: tipos, causas y síntomas.

<http://www.cetecova.com/index.php/terapia/que-es-la-terapia-cognitivo-conductual> Centro de terapia de conducta. Que es la terapia cognitivo conductual.

<http://www.clinicadeansiedad.com> Cuántas personas padecen trastornos de ansiedad? La clínica de la ansiedad.

[http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia\\_cognitivo\\_conductual.htm](http://www.clinicapsinco.com.uy/articulos/terapia_cognitivo_conductual.htm)

Equipo Licenciados en Psicología, especializado en terapia cognitivo – conductual ¿Qué es la terapia cognitivo conductual? La clínica PSINCO. Montevideo Uruguay. Tomado de: *psicologia.com - Revista Internacional On-line vol.7 n° 2 - Jul. 2003.*

<http://www.gobernaciondesantander.gov.co> AFGAR familiar. Código DS-RG-01.5.0.0-27-06 2007

<http://www.propsicologia.com/ansiedad.html> ¿Que es la ansiedad? El equipo de psicólogos profesionales de Madrid España.

<http://www.psicocentro.com> Portal de Psicología y salud mental. Bases teóricas sobre ansiedad.

<http://www.psicocentro.com/r> Portal de Psicología y salud mental. Capítulo II. Bases teóricas sobre ansiedad

<http://www.psicologia-online.com/pir/modelos-explicativos-para-la-fobia-social.html>  
Psicólogos internos residentes PIR, psicología online modelos explicativos para la fobia social.

<http://www.ryapsicologos.net/Terapia-Cognitivo-Conductual.html> Psicólogos de México. Centro de psicología clínica y psicoterapia, terapia cognitiva conductual. Copyright © 2009-2012.

<http://www.tests-gratis.com/index.html> Test psicotécnicos on-line resueltos, explicados y razonados.© 2010-2014

<http://www.ucm.es/info/seas/faq> Página de la Sociedad Española para la Ansiedad y el Estrés.

<http://www.youtube.com/watch?v=7ZqqcVYlFKU> Gente y Blogs. Video usos de B y V, publicado 2010.

# ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificada con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en calidad de madre, autorizo de manera libre, voluntaria, y responsable, mi consentimiento, para que mi hija -----  
----- participe como paciente en el proceso de consulta, evaluación y proceso terapéutico diseñado y ejecutado por la psicóloga, Myriam Jaimes Medina estudiante de la especialización de Psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Bucaramanga. La psicóloga me ha informado que durante el proceso le administrará las pruebas psicológicas pertinentes, con el fin de investigar aspectos cognitivos y de conducta, lo que se hará dentro del protocolo técnico establecido para cada una, y se me entregará un informe de resultados personalizado.

La psicóloga me ha informado que la información obtenida durante el proceso terapéutico será de conocimiento de docentes especialistas de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga ya que se encuentra en proceso de proyecto de grado y son ellos los asesores en el desarrollo del manejo del caso clínico. Para lo cual se compromete a guardar las normas éticas correspondientes en el manejo de la información.

También me ha informado que cualquier diagnóstico referido en mi historia clínica, será dado teniendo en cuenta los parámetros del manual diagnóstico DSM IV, y el plan de intervención se establecerá según el marco teórico y técnico del enfoque cognitivo conductual. De igual manera me explico que estoy en el derecho de interrumpir la participación de la paciente en el tratamiento si no satisface las expectativas esperadas.

\_\_\_\_\_  
*Myriam Jaimes Medina*  
*Estudiante de Psicología clínica*

-----  
*firma de la madre de la*  
*consultante.*

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

## APGAR FAMILIAR

Las preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. **Familia**, se define como el o los individuos con quienes usted usualmente vive. Si usted vive solo o sola, su “familia” consiste en la (s) persona (s) con quien (es) usted tiene ahora los lazos emocionales más fuertes.

Para cada pregunta marcar sólo una equis (X) la que parezca aplicar para usted durante los seis últimos meses.

PREGUNTA	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me siento satisfecho con la forma en que mi familia habla de las cosas y comparte los problemas conmigo					
Me siento satisfecho con la forma como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me siento satisfecho con la forma como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza o amor					
Me siento satisfecho con la manera como compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero					

## INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

### Instrucciones

Indicar por cada una de las siguientes manifestaciones, el grado en que se ha visto afectado por cada una de ellas durante la última semana y el momento actual. Para ello debe elegir entre las siguientes respuestas la que mejor se corresponda con la intensidad.

#### 0. En absoluto

1. Levemente, no me molesta mucho

2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo

3. Severamente, casi no podía soportarlo.

1. \_\_\_\_ Hormigueo o entumecimiento.
2. \_\_\_\_ Sensación de calor.
3. \_\_\_\_ Temblor en las piernas.
4. \_\_\_\_ Incapacidad de relajarse
5. \_\_\_\_ Con temor a que ocurra lo peor.
6. \_\_\_\_ Mareo o aturdimiento.
7. \_\_\_\_ Palpitaciones taquicardias.
8. \_\_\_\_ Sensación de Inestabilidad e inseguridad física.
9. \_\_\_\_ Terrores.
10. \_\_\_\_ Nerviosismo.
11. \_\_\_\_ Sensación de ahogo.
12. \_\_\_\_ Temblores de manos.
13. \_\_\_\_ Temblor generalizado o estremecimiento.
14. \_\_\_\_ Miedo a perder el control.
15. \_\_\_\_ Dificultad para respirar.
16. \_\_\_\_ Miedo a morir.
17. \_\_\_\_ Sobresaltos.
18. \_\_\_\_ Molestias digestivas o abdominales.
19. \_\_\_\_ Palidez.
20. \_\_\_\_ Rubor facial.
21. \_\_\_\_ Sudoración (no debida al calor).

## IBT MODIFICADO PARA NIÑOS

Mi nombre es: \_\_\_\_\_

Mi edad es: \_\_\_\_\_

Estoy cursando el año de estudio: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

En este cuestionario vas a encontrar una serie de preguntas sobre lo que tu piensas acerca de varias cosas. Recuerda que debes contestar todas las preguntas, no hay respuestas buenas o malas.

Todas las preguntas tienen tres formas de respuestas: Verdadero, algunas veces verdadero o falso. Debajo de estas tres formas de respuestas hay un paréntesis, en el cual debes colocar una “X” dentro del paréntesis debajo de verdadero. Si piensas que algunas veces estás de acuerdo coloca “X” dentro del paréntesis de algunas veces verdadero y cuando no estés de acuerdo coloca una “X” en el paréntesis debajo de falso.

Trata de no responder muchas veces la respuesta “algunas veces verdadero”.

	Verdadero	Algunas veces Verdadero	Falso
1. algunas cosas que pienso o hago no se las cuento a nadie	( )	( )	( )+
2. Debo ser el mejor en todo (por ejemplo: el estudio, los deportes, el juego, entre otros).	( )	( )	( )+
3. Me molesta mucho que la gente se de cuenta cuando estoy triste, alegre o enojado.	( )	( )	( )+
4. Todas las personas que hacen cosas malas deben estar castigadas.	( )	( )	( )+
5. Cuando algo me disgusta, no lo hago.	( )	( )	( )+
6. Cuando estoy triste es muy difícil contentarme.	( )	( )	( )+
7. Cuando tengo un problema lo resuelvo rápidamente.	( )	( )	( )
8. Las personas necesitan que les digan que deben hacer y que no.	( )	( )	( )+
9. Me preocupa mucho que la gente piense, sienta o diga de mí.	( )	( )	( )+
10. Tengo secretos que nadie debe conocer.	( )	( )	( )+
11. Me molesta mucho el no ser capaz de realizar una actividad.	( )	( )	( )+
12. Me siento como un tonto o un bobo si lloro.	( )	( )	( )+

	Verdadero	Algunas veces Verdadero	Falso
13. Cuando las cosas me salen mal yo no me enojo.	( )	( )	( )
14. Una persona puede ser feliz aunque tengan muchos problemas.	( )	( )	( )
15. Las cosas malas que pasan no me preocupan	( )	( )	( )+
16. Las cosas que me parecen difíciles no las hago	( )	( )	( )+
17. Me disgusta que otros decidan por mí.	( )	( )	( )
18. Los errores que he cometido antes, no tengo por que repetirlos ahora.	( )	( )	( )
19. Todo lo que hago me tiene que quedar muy bien hecho.	( )	( )	( )+
20. Me preocupa hacer cosas que le gusten a la gente porque de pronto me rechazan.	( )	( )	( )+
21. Me molesta que alguien que acabo de conocer me pregunte muchas cosas de mi vida.	( )	( )	( )+
22. Debo hacer las cosas mejor que los demás.	( )	( )	( )+
23. Todas las personas son buenas aunque algunas hagan cosas malas.	( )	( )	( )
24. Cuando tengo problemas lo resuelvo muy calmadamente.	( )	( )	( )
25. Cuando estoy preocupado me da dificultad quedarme quieto.	( )	( )	( )+
26. Necesito que algunas personas me ayuden a hacer las actividades que tengo que hacer.	( )	( )	( )+
27. Pienso que si ahora tengo problemas, es porque cuando estaba más pequeño los tuve.	( )	( )	( )+
28. Cuando me equivoco, vuelvo y repito las cosas hasta que me queden muy bien hechas.	( )	( )	( )+
29. Aunque me gusta que la gente me acepte, si no lo hacen me da lo mismo.	( )	( )	( )
30. Cuando hay problemas en mi casa, la gente de la calle no debe saberlos.	( )	( )	( )+
31. Me da dificultad decirle a la gente lo que siento por ellos (por ejemplo que los quiero.)	( )	( )	( )+

	Verdadero	Algunas veces Verdadero	Falso
32. Me da lo mismo si castigan o no a la gente que le hace daño a otros.	( )	( )	( )
33. Cuando las cosas no salen como a mí me gusta, me enojo mucho.	( )	( )	( )+
34. Ningún problema es tan malo como para ponerse triste mucho tiempo.	( )	( )	( )
35. Pienso mucho en la muerte y en cosas peligrosas.	( )	( )	( )+
36. Cuando tengo que hacer algo y me parece difícil, prefiero no hacerlo.	( )	( )	( )+
37. Soy el único que puede resolver mis problemas.	( )	( )	( )
38. Aunque quisiera que mi vida fuera diferente, seguirá igual.	( )	( )	( )+
39. Los problemas no tienen una sola solución.	( )	( )	( )
40. Tengo que gustarle a todas las personas que me conocen.	( )	( )	( )+
41. Le cuento fácilmente a la gente todas las cosas que me pasan.	( )	( )	( )
42. Me disgusta hacer aquellas cosas que no hago bien.	( )	( )	( )+
43. Me enojo o me pongo bravo fácilmente por cualquier cosa.	( )	( )	( )+
44. Muchas personas no son castigadas aunque se lo merecen.	( )	( )	( )+
45. Las cosas malas que me pasan en la vida no les prestó atención.	( )	( )	( )
46. Ninguna cosa me preocupa mucho tiempo.	( )	( )	( )
47. Me gusta hacer las cosas ya y no dejarlas para más tarde.	( )	( )	( )
48. Cuando voy a hacer algo, por ejemplo tareas, salir, vestirme, le pregunto a alguien como hacerlo.	( )	( )	( )+
49. Pienso que si me hubieran enseñado otras cosas hoy sería diferente.	( )	( )	( )+

<b>ESCALA DE MIEDO A LA EVALUACIÓN NEGATIVA FNES</b>		Sí	No
Por favor, conteste si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:			
1	Casi nunca me preocupa parecer tonto ante los demás. P		
2	Me preocupa lo que la gente pensará de mí, incluso cuando sé que no me creará ningún problema. N		
3	Me pongo tenso y nervioso si sé que alguien me está analizando/evaluando. N		
4	No me preocupa saber si la gente está formándose una impresión desfavorable de mí. P		
5	Me siento muy afectado cuando cometo algún error en una situación social. N		
6	Las opiniones que la gente que considero importante tiene de mí me causan poca ansiedad. P		
7	Temo a menudo que pueda parecer ridículo o hacer alguna tontería. N		
8	Apenas sé cómo reaccionar cuando otras personas me censuran. P		
9	Temo a menudo que la gente se dé cuenta de mis defectos. N		
10	La desaprobación de los demás podría tener poco efecto sobre mí. P		
11	Si alguien me está evaluando, tiendo a esperar lo peor. N		
12	Raramente me preocupo de la impresión que estoy causando en alguna persona. P		
13	Tengo miedo de que otros no aprueben mi conducta. N		
14	Me da miedo que la gente me critique. N		
15	Las opiniones de los demás sobre mí no me preocupan. P		
16	No me siento necesariamente afectado si no le caigo bien a alguien. P		
17	Cuando estoy hablando con alguien, me preocupa lo que pueda estar pensando acerca de mí. N		
18	Creo que se pueden cometer errores sociales algunas veces. Entonces, ¿por qué preocuparme? P		
19	Generalmente me preocupa la impresión que pueda causar. N		
20	Me preocupa bastante lo que mis jefes piensen de mí. N		
21	Si sé que alguien me está juzgando, esto tiene poco efecto sobre mí. P		
22	Me preocupa que los demás piensen que no valgo la pena. N		
23	Me preocupa poco lo que los demás puedan pensar de mí. P		
24	A veces pienso que estoy demasiado preocupado por lo que otras personas piensen de mí. N		
25	A menudo me preocupa que pueda decir o cometer equivocaciones. N		
26	A menudo soy indiferente acerca de las opiniones que los demás tienen de mí. P		
27	Generalmente confío en que los demás tendrán una impresión favorable de mí. P		
28	A menudo me preocupa que la gente que me es importante no piense muy favorablemente de mí. N		
29	Me obsesiono por las opiniones que mis amigos tienen de mí. N		
30	Me pongo tenso y nervioso si sé que estoy siendo juzgado por mis jefes. N		

## AUTORREGISTRO DE SITUACIONES, PENSAMIENTOS Y EMOCIONES

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	VALOR DE 1-100	CONDUCTA

**TEST PARA HABILIDADES DE APRENDIZAJE:** Se aplicó para valorar lectura, comprensión, escritura, ortografía, calculo numérico

### Comprensión verbal

El novelista, en mangas de camisa, metió en la máquina de escribir una hoja de papel, la numeró, y se dispuso a relatar un abordaje de piratas. No conocía el mar y sin embargo iba a pintar los mares del sur, turbulentos y misteriosos; no había tratado en su vida más que a empleados sin prestigio romántico y a vecinos pacíficos y oscuros, pero tenía que decir ahora cómo son los piratas; oía gorjear a los jilgueros de su mujer, y poblaba en esos instantes de albatros y grandes aves marinas, los cielos sombríos y empavorecidos.

La lucha que sostenía con editores rapaces y con un público indiferente se le antojó el abordaje; la miseria que amenazaba su hogar, el mar bravío. Y al describir las olas en que se mecían cadáveres y mástiles rotos, el mísero escritor pensó en su vida sin triunfo, gobernada por fuerzas sordas y fatales, y a pesar de todo fascinante, mágica, sobrenatural.

Autor: Julio Torri

1.El protagonista de la historia era.

- ? Escritor
- ? Marino
- ? No se sabe

2. El protagonista de la historia estaba...:

- ? Soltero
- ? Casado
- ? No se sabe

3.El protagonista de la historia era un escritor ...

- ? Pobre
- ? Rico

- ? No se sabe
4. El protagonista de la historia ...:
- ? No acabó la novela
- ? Acabó la novela
- ? No se sabe
5. En la historia se habla de que ...:
- ? La vida del novelista era muy excitante
- ? La vida del novelista era muy aburrida
- ? La vida del novelista era a la vez aburrida y excitante

### Fluidez verbal

#### LISTAS DE PALABRAS -

##### C- Ejercicios de Listas de Palabras:

- 1- Escriba palabras que empiecen por la letra P.
- 2- Escriba palabras que empiecen por la letra N.
- 3- Escriba palabras que empiecen por la letra T.
- 4- Escriba nombres de profesiones.
- 5- Escriba palabras que acaben en la terminación -ON.
- 6- Escriba palabras que acaben en la terminación -MENTE.
- 7- Escriba palabras trisílabas que contengan la sílaba MA.
- 8- Escriba palabras que empiecen por la letra O.
- 9- Escriba nombres de árboles.
- 10- Escriba nombres de mamíferos.
- 11- Escriba todas las palabras que se le ocurran.
- 12- Escriba sustantivos de una sola sílaba.
- 13- Escriba verbos acabados en -ER.
- 14- Escriba palabras que empiecen por vocal.
- 15- Escriba palabras llanas acentuadas (como árbol, césped, etc).

#### TESTS DE LETRAS COMUNES -

##### C- Ejercicios de Letras Comunes:

Sustituya los puntos por letras de modo que se formen 3 palabras:

1-

R

C ( . . . . )

G

2-

R

F ( . . . . )

T

Sustituya los puntos por letras de modo que se formen 4 palabras:

4-

S

H

V ( . . . . )

M

5-

L

P

( . . . )

V

M

Sustituya los puntos por letras de modo que se formen 2 palabras:

9 CARI ( . . . ) NURO

10- LO ( . . ) LA

11- MATA ( . . . ) ADO

12- LO ( . . . ) TIL

13- FLOR ( . . . ) ANO

### Gramática

#### test de ortografía - 5 (g/j)

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? abordaje
- ? agenda
- ? jeringuilla
- ? ajetreo

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? progenitor
- ? gestor
- ? mejillón
- ? frijidez

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? digital
- ? intanjible
- ? jergón
- ? majo

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? camuflaje
- ? alienígena
- ? grajea
- ? emperejilar

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? granuja
- ? drenaje
- ? cronometraje
- ? fujitivo

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? canjear
- ? jimotear
- ? germen
- ? gemir

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? jelatina
- ? longevo
- ? meningitis
- ? sargento

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? pájina
- ? mejilla
- ? quirúrgico
- ? pasajero

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? projenitor
- ? jeta
- ? jinete
- ? quejido

Señale la única palabra con falta de ortografía:

- ? escogido
- ? crujido
- ? sumerjido
- ? juguete

### CÁLCULO NUMÉRICO -

#### C- Ejercicios de Cálculo Numérico:

Indique si estas operaciones están Bien (B) o Mal (M) resueltas:

1- 728

$$\begin{array}{r} \times 7 \\ 5096 \end{array}$$

B - M

2- 456

$$\begin{array}{r} \times 8 \\ 3648 \end{array}$$

B - M

3-  $776 : 2 = 393$

B - M

- ¿Cuánto tardará un automóvil en recorrer un trayecto de 175 Km. si su velocidad media es de 100 Km/h.?

a) 60 minutos b) 90 minutos c) 2 horas d) 105 minutos

- Una caja de 1.000 huevos cuesta 12.000 ptas. ¿Cuánto cuesta la media docena de huevos?

a) 60 ptas. b) 72 ptas. c) 144 ptas. d) 120 ptas.