



Trastorno de Ansiedad Social |

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

**MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:**

NAYIBE CONTRERAS BECERRA

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA
2015**



**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON
TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL**

**EN LA MODALIDAD DE MONOGRAFÍA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR
EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA:**

NAYIBE CONTRERAS BECERRA

**ASESORA
MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ
MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE FAMILIA**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA – SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
BUCARAMANGA
2015**



Nota de aceptación: _____

Presidente del jurado: _____

Jurado 1: _____

Jurado 2: _____



DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado a mis padres, hermanos, a mi hijo Daniel Ricardo y mi sobrino, por ser parte de mi vida en este desafío profesional y por estar a mi lado apoyándome siempre ante cualquier adversidad.



AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de continuar con mi prospectiva de vida y abrir las puertas de cada una de las oportunidades que me ha dado.

Al Centro de Proyección Social de Piedecuesta, Al Ingeniero Rodrigo Suarez Jaimes y a la secretaria Diana Villamizar por su atención y colaboración en el proceso de la Especialización en Psicología clínica.

A la Dra. Magda Yaneth Acevedo Rodríguez como asesora de la Universidad Pontificia Bolivariana por su constancia y colaboración en el proceso de enseñanza y aprendizaje, en el seguimiento, orientación y asesoramiento profesional.

A los pacientes por buscar orientación psicológica y sus cuidadores por velar por el bienestar de los mismos.



TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
TABLA DE CONTENIDO.....	VI
LISTA DE TABLAS	VIII
LISTA DE FIGURAS.....	IX
LISTA DE ANEXOS.....	X
Resumen.....	XI
Abstract.....	XII
Introducción	1
Objetivos	10
Objetivo general.....	10
Objetivo específicos.....	10
Metodología de intervención utilizada.....	11
Participantes	11
Muestra	12
Instrumento	12
Procedimientos.....	15
Formulación de caso clínico	15
Datos demográficos	15
Genograma.....	16
Descripción del caso clínico	16
Motivo de consulta.....	16
Análisis funcional	17
Diagnóstico	18
Plan de intervención.....	19
Sesiones realizadas.....	22
Seguimiento	24
Resultados	24



Resultados cuantitativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	25
Análisis de los resultados cualitativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)	26
Resultados cuantitativos de la CMAS-R	26
Análisis de los resultados cualitativos Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Rev.-CMAS-R) ...	27
Discusión	27
Conclusiones	29
Recomendaciones	31
Referencias.....	32
Anexos	36



LISTA DE TABLAS

TABLA 1 <i>GÉNERO</i>	12
TABLA 2 <i>CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)</i>	25
TABLA 3 <i>ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS (REVISADA) (CMAS-R)</i>	26



LISTA DE FIGURAS

<i>FIGURA 1. GÉNERO</i>	11
<i>FIGURA 2. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)</i>	25
<i>FIGURA 3. ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS (REVISADA) (CMAS –R)</i>	26



LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 <i>CONSENTIMIENTO INFORMADO</i>	36
ANEXO 2 <i>ENTREVISTA PSICOLÓGICA FORMATO DE RECEPCIÓN DE CASO CLÍNICO</i>	37
ANEXO 3 <i>HISTORIA CLÍNICA DE NIÑOS (AS) Y ADOLESCENTES</i>	42
ANEXO 4 <i>CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)</i>	50
ANEXO 5 <i>ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS (REVISADA) (CMAS-R)</i>	51
ANEXO 6 <i>AUTOREGISTRO</i>	53
ANEXO 7 <i>DISTORSIONES COGNITIVAS</i>	54
ANEXO 8 <i>PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES</i>	55
ANEXO 9 <i>TAREA PARA LA CASA</i>	56
ANEXO 10 <i>NIVEL DE ANSIEDAD DESPUÉS DE LAS SESIONES PSICOLÓGICAS OBSERVADAS</i>	57
ANEXO 11 <i>BIBLIOTERAPIA</i>	58



RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

AUTOR(ES): NAYIBE CONTRERAS BÉCERRA

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ

RESUMEN

Esta monografía describe el proceso de intervención psicológica en una paciente de 9 años con trastorno de ansiedad social, desde el enfoque cognitivo conductual, mediante el análisis de estudio de caso clínico, no experimental de tipo transversal y descriptivo, se administró la Escala de Ansiedad en Niños -CMAS-R; los resultados evidenciaron la presencia de síntomas de ansiedad en las puntuaciones elevadas de los percentiles de las escalas II de inquietud hipersensibilidad con 81%; y muestra con 96 %, se aclara que el porcentaje alto en muestra se relaciona con los sentimientos de aislamiento o rechazo social por parte de la paciente. Finalmente, se concluye que el proceso de intervención disminuyó los pensamientos catastróficos y la conducta de evitación o escape.

PALABRAS CLAVES:

psicología clínica, ansiedad social, modelo cognitivo conductual

Vº Bº DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO



GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: COGNITIVE BEHAVIORAL INTERVENTION IN 9 YEARS OLD PATIENT WITH SOCIAL ANXIETY DISORDER

AUTHOR(S): NAYIBE CONTRERAS BECERRA

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: MAGDA YANETH ACEVEDO RODRÍGUEZ

ABSTRACT

This monograph described the process of psychological intervention in a 9 year old patient with social anxiety disorder, from the cognitive approach behavioral, through the analysis of clinical, non-experimental type transverse and descriptive case study, given the scale of anxiety in children - CMAS-R; the results showed the presence of symptoms of anxiety in high percentiles of the scales scores II concern hypersensitivity with 81%; and lie with 96%, it is clarified that the high percentage of lying is related to feelings of isolation or social rejection by the patient. Finally, it is concluded that the process of intervention decreased the catastrophic thoughts and conduct of avoidance or escape.

KEYWORDS:

clinical psychology, social anxiety, cognitive behavioral model

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK



Introducción

La presente monografía se basó en un estudio de caso clínico en el proceso de práctica de la Especialización en Psicología Clínica, que se llevó a cabo en el Centro de Proyección Social de Piedecuesta (CPS. 2006), Santander, el cual abrió sus puertas para desarrollar proyectos sociales el 28 de Junio de 2006; mediante la Resolución Rectoral No. 038-06, con el objetivo de "retribuirle a la comunidad Piedecuestana en servicio el haber permitido que la Universidad Pontificia Bolivariana tuviera un espacio para la formación e investigación de la ciencia de los profesionales". El primer proyecto realizado desde el Centro de Proyección Social se llamó: "Reconstrucción del tejido social de las familias de los asentamientos humanos que sufren de desplazamiento forzado y se encuentran ubicadas en el Municipio de Piedecuesta" conocido como "tejido social".

Actualmente el Centro de Proyección Social hace parte de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga, está ubicada en la Carrera 8 # 6-37 Piedecuesta-Santander-Colombia sus Teléfonos: 57-7-6550072 ó 6550064. Las horas de atención a la comunidad es desde las 8:00 A.M hasta las 12 P.M de medio día y de 2: 00 P. M a 6:00 P. M de la tarde. Así mismo se describe la misión; visión, objetivos, valores y principios que son: el Centro de Proyección Social tiene por misión (CPS. 2006): orientar y desarrollar proceso de intervención y acompañamiento social a la comunidad de Piedecuesta y sus alrededores, con la fiel convicción de prestar un servicio óptimo para el bienestar de la sociedad; y su visión (CPS. 2006):consiste en ser punto de referencia donde converja la comunidad piedecuestana y el perímetro circunvecino, involucrando las facultades de la universidad para que participen en desarrollo de proyectos sociales, económicos y productivos.

Así mismo los objetivos son: atender de manera igualitaria las necesidades de la comunidad; con base en el respeto, construir relaciones de confianza, comunicación entre el Centro de Proyección Social y la comunidad y prestar de manera oportuna los servicios a la comunidad, creando lazos de cooperación y compromiso y sus valores se centran en el compromiso con la sociedad y el desarrollo de las comunidades, el reconocimiento y el respeto de los seres humanos, la vocación del servicio, la honradez, la solidaridad, la justicia, la creatividad e innovación, liderazgo y lealtad, la eficiencia, el ordenamiento y equidad de los recursos humanos. Además ofrece los servicios de consultas psicológicas a nivel de atención individual y



grupal; de pareja y familiar. Actualmente, se presta el servicio del consultorio jurídico o servicios de asistencia jurídica gratuita a todas las personas de escasos recursos económicos. Según lo prescrito en el artículo 30 del Decreto 196/71, modificado por el artículo 1 de la ley 583/2000.

De acuerdo con lo anterior, se dio cumplimiento al proceso de práctica para optar al título de especialista en psicología clínica en el Centro de Proyección Social, institución que facilitó el asesoramiento psicológico a seis (6) pacientes, entre ellos, algunos niños, niñas, adolescentes y un adulto que fueron remitidos por el colegio y otros pacientes asistieron por decisión propia, en donde se seleccionó un paciente con trastorno de ansiedad social para el estudio de caso clínico y el diseño de la monografía bajo los parámetros del marco jurídico de la Ley 1090 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, diario oficial N°. 46.383 de 6 de septiembre de 1993) Congreso de la República por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones en el Congreso de Colombia.

Por otra parte, es importante describir las bases teóricas de la psicología clínica junto con los modelos, evaluación, intervención, las sesiones realizadas, el seguimiento, literatura y pruebas que argumentan el trastorno de ansiedad social y el ciclo vital en la niñez intermedia de 6 a 12 años de edad. Inicialmente se describió la teoría Goldemberg (1973) citado por Díaz, y Nuñez (2010), quienes mencionan que la psicología clínica es la rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a las situaciones únicas y exclusivas del paciente, con el propósito de reducir sus tensiones y orientar de una manera funcional, eficaz, desde la evaluación, intervención, las sesiones psicológicas y el seguimiento, a partir del enfoque cognitivo conductual en psicología clínica.

Así mismo Korchin (1976) citado por Díaz, y Nuñez (2010), indican que la psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana en circunstancias problemáticas, con el fin de mejorar la situación de las personas que se encuentran en dificultades, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, proponiendo al mismo tiempo la investigación, mejorar las técnicas y la aplicación de los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro. Finalmente Resnick (1991) citado por Rey, y Guerrero (2012) define la psicología clínica como un campo que abarca la investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión,



predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de usuarios.

Además, se describió el modelo cognitivo conductual desde los siguientes autores más representativos, primero el aprendizaje clásico del fisiólogo ruso Iván Pavlov (1849-1936) citado por Sanz (2012) señaló que un organismo aprende a conectarse o asociar estímulos. Es decir que Pavlov (1927) comprendió dos tipos de estímulos y dos tipos de respuestas como: el estímulo incondicionado (EI), el que se produce de manera automática a una respuesta sin un aprendizaje previo; la respuesta incondicionada (RI), este modelo se puede presentar en las experiencias positivas y negativas de los niños en un salón de clases, que puede producir un ambiente placentero. Es decir un lugar seguro, divertido, cálido y el apoyo del docente, o por el contrario, el niño (a) desarrollan un miedo por las críticas convirtiéndose en un estímulo condicionado (EC) también involucrando en la ansiedad ante los exámenes por lo que convierte en un EC la ansiedad.

De acuerdo con lo anterior, el psicólogo estadounidense Skinner (1904-1990) citado por Sanz (2012) formuló los principios del condicionamiento operante basándose en sus trabajos con ratas y palomas, sin embargo afirmó que los mismos principios se aplicaban a los seres humanos. Además descubrió que un organismo tenderá a repetir una respuesta que ha sido reforzada y eliminar una respuesta que ha recibido castigo, en conclusión una clase de respuesta generalizada en la contingencia se produce en tres términos: primero el estímulo discriminativo (antecedente), segunda una respuesta (conducta) y tercero un estímulo reforzante (consecuencia).

Así mismo, dentro del modelo cognitivo se destaca el teórico suizo Jean Piaget (1896-1980) citado por Sanz (2012). Porque describió en gran parte los pensamientos de los niños, es decir que Piaget (1927) estudió a los niños desde un punto de vista constructivista, consideró el desarrollo cognitivo como el producto de los esfuerzos del niño por comprender y actuar en su mundo. En su época de estudiante de biología, Piaget (1927) aprendió que la supervivencia requiere adaptación. Es decir, que cualquier organismo individual o especie ha de adaptarse a cambios constantes en el entorno. Piaget (1927) consideró, en consecuencia, que el desarrollo del conocimiento humano o inteligencia, es la lucha continua de un organismo muy complejo que intenta adaptarse a un entorno igualmente complejo. Según la teoría de Piaget (1927), el desarrollo humano puede describirse en términos de funciones y estructuras cognitivas. Las



funciones son procesos biológicos innatos iguales para todos y permanecen invariables a lo largo de la vida. Su propósito es construir estructuras cognitivas internas, estas cambian y varían repetidamente al crecer el niño.

Por otra parte, la evaluación psicológica Según Ruiz, Díaz, y Villalobos (2013) en la evaluación Cognitiva Conductual ha generado instrumentos que permite la evaluación de las variables encubierta implicadas, como por ejemplo: las autoverbalizaciones que están asociadas con diferentes problemas como: distorsión cognitiva, supuestos básicos, actitudes, respuestas emocionales, estilos atribuciones, etc. Que evalúan las conductas no observables de contenido cognitivo, como los autoregistro que registra las situaciones, pensamientos automáticos, respuestas racionales y resultados. Así mismo en este estudio de caso clínico se utilizaron los instrumentos de evaluación, como: el consentimiento informado (ley 1090 del 2016, artículos 2, 25, 29; 31, 33, 36, 52.); entrevista psicológica Segal y Hersen (2010) citado por Perpiñá (2012), formatos de historia clínica del CPS (Resolución No 1995 de 1999), el genograma por Suarez (2010), el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) de Lang & Tisher (2003) para descartar síntomas depresivos; la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R) de Reynolds & Richmond (1997) con el fin confirmar síntomas ansiosos, y el análisis funcional de Haynes & Brien (1990) citado por Ruiz, et al (2013).

Seguidamente, la intervención cognitiva conductual se llevó a cabo mediante el uso de siete técnicas cognitiva conductual, las cuales fueron: primero el autoregistro que es una técnica cognitiva, por Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979) citado por Ruiz, et al (2013); segunda la programación de actividades que es una técnica conductual; tercero el entrenamiento en autoinstrucciones racionales es una técnica cognitiva diseñado por Meichenbaum (1969) citado por Ruiz, et al (2013) cuarta la técnica de relajación utiliza para sensibilización sistemática de Sultano y Zalaquett (2000) citado por Ruiz, et al (2013) y Edmund Jacobson (1939) citado por Ruiz, et al (2013); quinta las tareas para la casa que son parte integral de la técnica cognitiva; sexto el entrenamiento en habilidades sociales de Segrin (2009) y Kelly (1988) citados por Ruiz, et al (2013) y séptimo la biblioterapia que es una técnica que se utiliza en la terapia racional emotiva conductual (TREC) descrita por Gómez (s.f.) y Caldin (2001) citado por Gómez (s.f.).

De acuerdo con lo anterior, se describe el trastorno de ansiedad, desde la literatura: primero la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™, (DSM- V 2014, citado por



Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2014); segundo el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV–TR. 2005); tercera la Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10 (1994) y cuarta la Guía Latinoamericana De Diagnóstico Psiquiátrico. Versión Revisada (GLADP–VR, 2012).

Inicialmente la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. (DSM-V), (2014) citado por APA (2014, p. 132). Describe “el trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10)” y sus criterios con letras mayúsculas de la siguiente manera: A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas; B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente; C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.; D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa; E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural; F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

En contraposición, el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM IV–TR (DSM. IV–TR, 2005, p. 427, 428) describe “la sintomatología como: F40.1 Fobia social [300.23] (trastorno de ansiedad social)” basándose en sus características diagnósticas y sus criterios F40.1 Fobia social [300.23]: el cual se direccionó desde los criterios con las letras mayúsculas de la siguiente manera: 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. El individuo teme actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Este apartado se contrapone con el anterior manual DSM V. Porque solo justifica exámenes y no las críticas de los demás a la que está expuesta la paciente; B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Ejemplo en los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar. Este criterio es más completo y define como los síntomas de la ansiedad se manifiestan en comparación con el DSM–V, porque solo describe el miedo y la valoración negativa.



Igualmente, el criterio C. y el D en el DSM IV–TR. Son similares al DSM-V. Por otra parte en el criterio E. Sobre 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, académicas y sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo. Sin embargo este punto es más reducido en el DSM–V. porque no describe las situaciones a las que está expuesto el paciente. En el criterio F. Los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses. Tiene similitud con el DSM–V; en el criterio G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental o si hay una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos. Este criterio no está descrito en el DSM–V.

Seguidamente, la Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10 (1994). Describe el código “F40.1 como fobia social”. En el cual el paciente expresa miedo a ser examinado por otras personas, que lo conducen a evitar situaciones de encuentro social. Además se asocia con baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por ruborización (vergüenza), temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y en ocasiones. Así mismo el CIE-10 (1994) describe los siguientes criterios: A. Presencia de cualquiera de los siguientes síntomas: 1 Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante. 2. Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo a comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante. Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como: comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido; segundo, B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas siguiente: 1. Ruborización, 2. miedo a vomitar, 3. necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar. Tercero, C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables. Cuarto, D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas. Quinto, E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia.



Posteriormente, la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico-Versión Revisada (GLADP –VR, 2012, p. 344) descrito en su numeral “F93.2. Sobre el trastorno de ansiedad social en la niñez”. Donde puntualizan los criterios en el paciente con este trastorno, el cual presenta: comportamientos de cautela, frente a los extraños y aprehensión o ansiedad al encontrarse en situaciones sociales nuevas, raras o amenazadoras. Así mismo esta categoría debe usarse sólo cuando los temores surgen en edades tempranas y son al mismo tiempo un grado extraordinario y se acompañan de problemas en el comportamiento social. Finalmente incluye el trastorno de hipersensibilidad social en la infancia y trastorno evasivo de la niñez o de la adolescencia.

Además, se tiene en cuenta los criterios diagnósticos de GLADP–VR, (2012) que son descritos en letra mayúscula: A. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño es expuesto a la presencia de gente no familiar, incluyendo a los compañeros de colegio, y que se manifiesta en forma de una conducta de evitación social; B. Auto-observación, sentimientos de vergüenza y excesiva preocupación acerca de la adecuación de su conducta cuando se encuentra con figuras no familiares; C. Interferencia significativa con las relaciones sociales, incluyendo a los compañeros de colegio, que son en consecuencia restringidas. Cuando se enfrenta a situaciones sociales nuevas de forma forzada, se produce un estado de intenso malestar e incomodidad manifestado por llanto, falta de lenguaje espontáneo o retraimiento de la situación social; D. Las relaciones sociales con figuras familiares son satisfactorias. E. El comienzo del trastorno coincide con una fase del desarrollo en la que estas reacciones de ansiedad son consideradas apropiadas. La anormalidad de la intensidad, la persistencia en el tiempo y la limitación funcional asociadas deben ser manifiestas antes de los seis años de edad; F. No se satisfacen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada de la niñez (F93.80).

Por otra parte, se describió el ciclo vital desde la niñez intermedia de 6 a 12 años de edad, desde los tres aspectos de desarrollo siendo estos: el desarrollo físico, cognitivo y social. Primero en el desarrollo físico Ruiz (2012). Refiere que en esta etapa se los niños (as) crecen en un promedio de 3 y 8 cm, y aumentan de 5 a 10 libras por año, Así mismo, Papalia (2010) citado por Ruiz (2012), menciona que los niños en este período gozan de buen apetito y comen mucho más, en esta etapa aparecen los dientes permanentes a una velocidad de aproximadamente 4



dientes por 5 años y el sueño disminuye de 11 a 9 horas. Se recomienda en esta etapa establecer horarios para ir a la cama.

Con respecto al desarrollo cognitivo, Piaget (1896-1980) citado por Sanz (2012), señaló el estadio de operaciones concretas del desarrollo cognitivo, que tiene lugar entre los 7 y 11 años. Implica el uso de operaciones, el razonamiento lógico, reemplazó del razonamiento intuitivo (razonamiento inductivo y deductivo), pero solo en situaciones concretas, se presentan las habilidades de clasificación, también puede resolver problemas abstractos, coordina información de longitud y latitud en ambas dimensiones, manejo de seriación, transitividad, planea, diseña actividades motivadoras y asegura.

Por otra parte, Entwister y Dauber (1993) Citado por Papalia, Wendkos, & Diskin (2009). Describen que la escuela, debe proporcionar una atmósfera positiva en el salón de clases para que los niños se involucren, muestran atención, interés, participación, para obtener calificaciones positivas. Así mismo Hamre y Piane (2005) Citado por Papalia, Wendkos, & Diskin (2009). Menciona que la enseñanza de lectoescritura, retroalimentación evaluativa e involucrar en las discusiones, dar respuestas a sus necesidades emocionales y proporcionar estímulos de responsabilidad en el proceso académico, fortalecerá al niño (a) a conseguir sus objetivos escolares. De lo contrario, al no obtenerlo se generaran en ellos temores a exámenes escolares, bajo desempeño académico, deserción escolar.

Así mismo, se realizó el estado del arte correlacionado con el estudio de caso clínico del trastorno de ansiedad social, donde se describió brevemente las investigaciones a nivel internacionales, nacional y regional de los siguientes autores: García, Inglés, Martínez, Marzo, y Estévez (2011) seguidamente Castilla, Gómez, Castilla, Castilla, Caballero, Puentes, y Habeych (2013) y finalmente Conde, Orozco, Báez, y Dallos (2009).

Inicialmente García, Inglés, Martínez, Marzo, y Estévez (2011). En su investigación titulada “inventario de ansiedad escolar: validación en una muestra de estudiantes de educación secundaria”, cuyo objetivo fue analizar las propiedades psicométricas de las puntuaciones del Inventario de Ansiedad Escolar (IAES), cuya metodología se realizó, mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio y la fiabilidad test-retest, las cuales fueron adecuadas en la muestra de 520 estudiantes de educación secundaria de 12 a 18 años. Los resultados revelaron



consistencia interna entre 0,97 Ansiedad cognitiva y Ansiedad conductual y 0,98 Ansiedad psicofisiológica, mientras que los coeficientes de fiabilidad test-retest mostraron intervalo de 4 semanas, variaron de 0,79 Ansiedad psicofisiológica a 0,82 Ansiedad conductual. Finalmente, se concluye, que la estructura de cuatro factores correlacionados relativos a situaciones escolares ante el fracaso y castigo escolar, ante la agresión, ante la evaluación social y ante la evaluación escolar, además la estructura de tres factores relativos a los sistemas de respuesta de la ansiedad: cognitiva, psicofisiológica y conductual.

Seguidamente Castilla, Gómez, Castilla, Castilla, Caballero, Puentes, y Habeych (2013). Propusieron un estudio titulado “depresión, ansiedad y síntomas somáticos en niños que viven en comunidades rurales colombianas”, con el propósito de investigar las alteraciones somáticas, síntomas de depresión y ansiedad en los niños expuestos a eventos traumáticos en una comunidad rural de Colombia, así mismo la metodología se direcciono desde el diseño de estudio transversal, además utilizaron instrumentos de evaluación para medir la depresión como el CDI (Children’s Depression Inventory), para medir la ansiedad el SCARED (The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), y en las enfermedades somáticas utilizaron la CBCL (Child Behavior Checklist, Somatic Complaints Scale) e informar los eventos traumáticos manejaron el K-SADS-PL (Diagnostic Interview for Children and Adolescents). Además la muestra fue de 293 niños colombianos, entre las edades comprendidas de 8 a 18 años, Los resultados afirmaron que el 31,1 %, de 91 participantes presentaron síntomas somáticos como quejas gastrointestinales; el 60,5 % de los niños habían observado los acontecimientos traumáticos, incluyendo homicidios durante el último mes; el 69,9 % de los participantes mostraron perfiles de síntomas depresivos por encima de las normas establecidas, y el 81,6 % de los niños presentaron síntomas de ansiedad. Finalmente, se concluyó que los niños de las comunidades rurales de Colombia mostraron eventos traumáticos en la salud mental y las quejas somáticas son comúnmente una expresión de la depresión y ansiedad.

Mientras que el estudio de Conde, Orozco, Báez, y Dallos (2009) titulado “aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos”. Cuyo objetivo fue, evidenciar las respuestas autonómicas coherentes con estados defensivos asociados a procesos de interiorización inducidos por la



estimulación resultante de la aplicación de los cuestionarios de STAI y de enfermería North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Así mismo la metodología se llevó a cabo mediante el uso de instrumentos como: el STAI Rasgo y Estado (State-Trait Anxiety Inventory), la entrevista psiquiátrica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IVR (SCID-I) y la evaluación de respuestas fisiológicas, se contó con la participación de 69 voluntarios, provenientes de carreras de salud de la Universidad Industrial de Santander, en Bucaramanga, Colombia. Los resultados de las variables fisiológicas agrupando a los participantes según el diagnóstico de STAI-Rasgo. Se consideraron los tres niveles fueron: alto: mayor de 40; medio: de 20 a 40, y bajo: menor de 20, que demostraron respuestas fisiológicas inducidas por la aplicación de los cuestionarios del STAI y de la NANDA. Se describió que las personas ansiosas de las no ansiosas fueron el índice de pulso (IP) de la fase de recuperación postcuestionarios de sensibilidad: 0,5 y una especificidad de 0,87 y el índice SCL (IS) de la fase de instrucciones inmediatamente anterior a la aplicación de cuestionarios de sensibilidad que oscila entre 0,59 y 0,32. Finalmente, se concluyó que los estados de activación fisiológica sugestivos de preparación son coherentes frente a potenciales amenazas y las respuestas fisiológicas encontradas pueden considerarse un elemento de criterio adicional y complementario al diagnóstico del trastorno de ansiedad.

Objetivos

Objetivo general

Describir el proceso de intervención psicológica en una paciente de 9 años con trastorno de ansiedad social desde el enfoque cognitivo conductual mediante el análisis de estudio de caso clínico.

Objetivo específicos

Realizar el proceso de evaluación psicológica, mediante el empleo de historia clínica, entrevista y pruebas de uso clínico.

Realizar la intervención cognitiva conductual del caso con el fin de reducir los síntomas de ansiedad social, favoreciendo el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Evaluar los resultados obtenidos de acuerdo con el plan de intervención implementado.



Metodología de intervención utilizada

La metodología de esta monografía se basa en un estudio de caso, según Hernández, Fernández, y Baptista (2014), describen que el estudio de caso con una sola medición hace parte de los preexperimentos, porque el grado de control fue mínimo y consistió en la administración de un tratamiento en la paciente, después de aplicar las técnicas cognitiva conductuales para la medición de una o más variables observadas como fueron: la entrevista psicológica, test psicológicas, genograma etc. Siguiendo con Hernández, Fernández, y Baptista (2014), el estudio de caso clínico, es un diseño no experimental, porque solo se observan los comportamientos y aptitudes antes, durante y después de las sesiones psicológicas y se registran en la historia clínica; este estudio de caso clínico es transeccional o trasversal por que la información se recolectan en un solo momento y el tiempo es único, también es de tipo descriptivo porque se indaga la incidencia de la conducta problema y como se manifestó el malestar en una o más situaciones que causan la dificultad.

Participantes

La población total fue de seis (6) pacientes, un primer grupo con edades comprendidas entre los 6, 8 y 9 años de edad, correspondiente a la etapa de desarrollo de niñez intermedia y escolar; un segundo grupo conformado por dos (2) adolescentes con edades entre los 14, 16 y un adulto de 18 años. De acuerdo con lo anterior, el nivel educativo de cada uno de los participantes estaba referido de la siguiente manera: tres (3) consultantes cursaban bachillerato; dos (2) participantes cursaban primaria y uno de ellos estaba en primer semestre de pregrado. Finalmente, los estratos socioeconómicos de cada uno de los consultantes corresponden a estrato 2 y 3.

Figura 1. Género

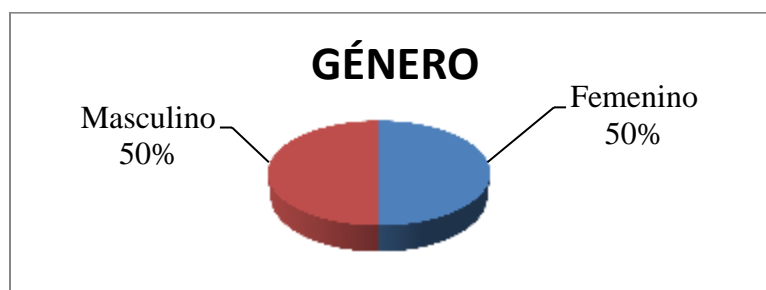




Tabla 1 Género

Género	Número de pacientes
Femenino	3
Masculino	3

De acuerdo con la figura anterior se puede describir que de los seis (6) participantes, el 50% de los sujetos eran mujeres y el 50% de ellos eran hombres.

Muestra

El estudio de caso clínico contó con la participación de un paciente de 9 años, de género femenino, que cursaba tercero de primaria en un colegio en la ciudad de Piedecuesta, de estrato socioeconómico 2, que hace parte de una familia extensa y nuclear, compuesta por su abuelo de 58 años, su abuela de 52 años, su tía de 27, su tío de 24 años, su padre de 35 años, su madre de 30 años, y su hermana de 3 años; así mismo la relación con cada uno de los integrantes de la familia es funcional.

Instrumento

Inicialmente se utilizó el consentimiento informado (Ver anexo 1) como documento esencial en el ejercicio clínico, para orientar en el proceso de evaluación e intervención, con el fin de brindar y acceder a la información personal, respaldados por la Ley 1090 del 2006, bajo los parámetros y principios éticos del profesional, posteriormente se diligenciaron los formatos suministrados por el CPS, como fueron: el formato de recepción de caso, la historia clínica, el genograma; seguidamente el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada)(CMAS-R).

Es importante referir que para el desarrollo de un proceso clínico, la Ley 1090 del 2006 describe en el título II disposiciones generales y específicamente en el Artículo 2, numeral 5 sobre confidencialidad, describe que los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no



hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad con base a los artículos 25,29; 31, 33, 36, 52.

Así mismo, Fernández-Ballesteros (2001) citado por Perpiñá (2012). Describen que la entrevista psicológica organiza los puntos básicos dentro del proceso general de evaluación psicológica; en el cual se busca la conceptualización de un problema, la formulación de hipótesis, la selección y la definición de metas terapéuticas y la evaluación del progreso y seguimiento. Igualmente Perpiñá (2012). Menciona que puede estar presente a lo largo de todo el proceso de evaluación-intervención. Además, se trata de una conversación que, a petición del entrevistado, tiene un objetivo conocido por el entrevistador. La vía de comunicación es tanto verbal como no verbal, estableciéndose un proceso bidireccional y de relación asimétrica.

De acuerdo con lo anterior, Segal y Hersen (2010) citado por Perpiñá (2012) señalaron que la entrevista detallan las ventajas, fiabilidad y validez, de su uso en el contexto. Además integra aspectos académicos, teóricos e investigación empírica sobre las variables que influyen en la eficiencia de la entrevista, con aspectos aplicados, el desarrollo práctico de la técnica, así como la rentabilidad de su uso en las organizaciones. Las preguntas, el registro y elaboración de la información e incluso la interpretación de la información. (Ver anexo 2).

A continuación, Paredes (2014). Describe que la historia clínica (C.H) es un instrumento que reúne datos personales, emocionales, escolares, laborales y sociales, conjunto con soportes del proceso de atención psicológica que contiene información relativa a la historia y evolución de la problemática referida por el consultante, también es un registro completo de atención prestada y de carácter confidencial. De acuerdo con lo anterior, el Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. (2011). en la ley 23 de 1981, la Resolución 2546 de julio 2 de 1998, el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud. Define la historia clínica, en su artículo primero como “un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley”. Los registros asistenciales “corresponden a los datos que se obtienen de las atenciones de consulta, procedimientos, acciones de promoción y prevención a una



persona usuaria o a un grupo. Así mismo, la historia clínica es un formato del CPS, implementado en el proceso de estudio de caso clínico de la práctica en psicología clínica y otras áreas de la salud, de acuerdo a la población atendida, según normatividad vigente Código Deontológico y Bioético, (Resolución No 1995 de 1999).(Ver anexo 3).

Por otra parte, Suarez (2010) define el genograma como una la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre estructura y/o composición de una familia y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros de por lo menos tres generaciones; mediante el uso de símbolos permite al entrevistador recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del núcleo familiar, este instrumento dinámico debe de actualizarse periódicamente por los cambios que se suceden en el transcurrir del tiempo en la familia. Su construcción al principio demanda entre 20 a 30 minutos, con la práctica toma un promedio de 12 minutos (Ver p. 16).

Seguidamente Lang & Tisher (2003), describe el Cuestionario de Depresión para Niños. (CDS) versión en español, su aplicación es a niños (as) entre las edades de 8 a 16 años, el tiempo de aplicación es entre 30 y 40 minutos, la aplicación es individual y colectiva; contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. y 10 subescalas generales independientes tales como: total depresivo (TD) y total positivo (TP); respuesta afectiva (RA), problemas sociales (PS), autoestima (AE), preocupación por la muerte/salud (PM), sentimiento de culpabilidad (SC) positivos varios (PV), ánimo-alegría (AA) y depresivos varios (DV) (Ver anexo 4).

Por otra parte, Reynolds & Richmond (1997) menciona que la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R). Se aplica a niños (as) de 6 a 17 años de edad para evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes. Se pide a la persona que responda a cada afirmación con "Sí" o "No". La puntuación conduce a un índice de Ansiedad total con 28. Además, la CMAS-R proporciona cuatro calificaciones adicionales: ansiedad fisiológica con 10 reactivos, inquietud/hipersensibilidad, con 11 reactivos; preocupaciones sociales/concentración con 7 reactivos y mentira con 9 reactivos. La escala es útil para psicólogos que atienden niños con estrés académico, ansiedad ante los exámenes escolares, conflictos familiares o de farmacodependencia. Está compuesta por: un manual, el cuestionario, la plantilla de calificación; su aplicación es individual o colectiva y el tiempo es ilimitado,



aproximadamente 15' a 20" cuyo objetivo es identificar el nivel y naturaleza de la ansiedad crónica. (Ver anexo 5).

Finalmente, Haynes & Brien (1990) citado por Ruiz, et al (2013) describe el análisis funcional (AF), como, elemento cardinal de la evaluación conductual el cual permite establecer las relaciones funcionales o secuencias que caracterizan una conducta en su causa y efecto, analizando los antecedentes y consecuentes que explican que la conducta se dé y se mantenga en el tiempo. Permitiendo conocer exactamente qué sucede, es decir cuál es la conducta problemática: qué piensa, dice, hace, siente, o cómo reacciona la persona, en qué circunstancias contextuales, ante que estímulos o personas se da la conducta acontece la conducta y qué efectos o consecuencias tiene en el medio, por ejemplo que hacen los otros, qué beneficios o pérdidas reporta a la persona, cómo se siente después. Pero no sólo es necesaria esta información, sino que para que el análisis del problema que trae a la persona a consulta sea realmente global y completo (Ver p. 17).

Procedimientos

Formulación de caso clínico

Datos demográficos

Datos del solicitante:

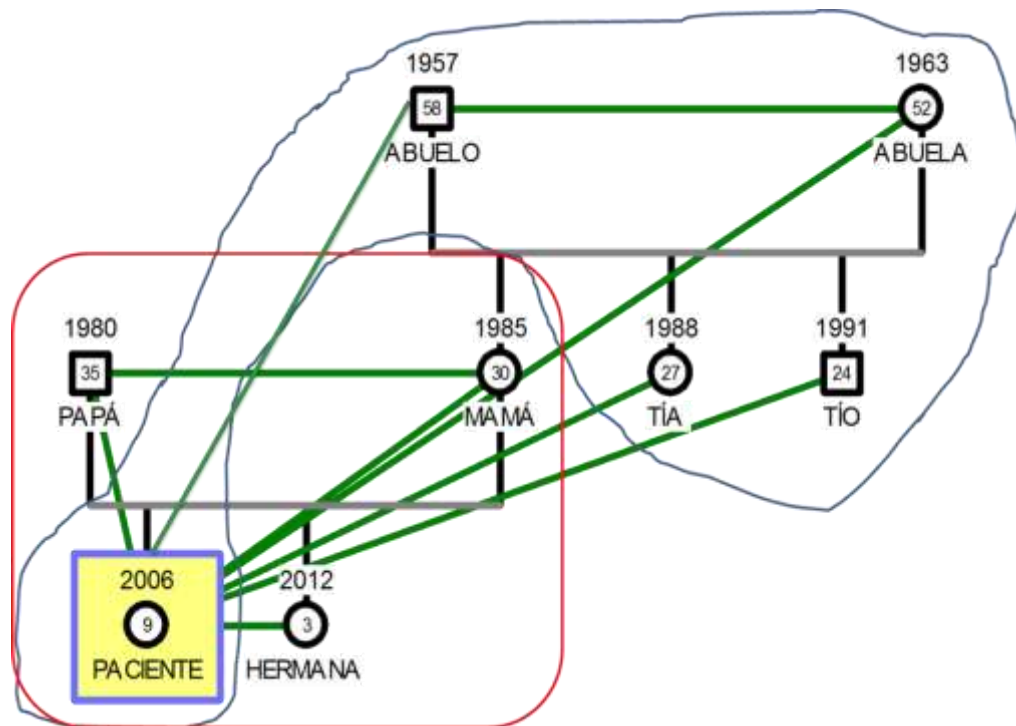
Nombres y apellidos	Paciente
Edad	9 años
Dirección de residencia	Palermo 1
Teléfono celular	0
Entidad (EPS)	Centro de Proyección Social Piedecuesta Santander
Escolaridad	3 03
Ocupación	Estudiante

Datos acudiente:

Nombre y Apellidos	Cuidadora
Edad	52
Dirección de residencia	Palermo 1
Teléfono celular	0
Escolaridad	N:A
Ocupación	Ama de Casa



Genograma



A continuación se describe el genograma de la paciente de 9 años de edad, que hace parte de una familia extensa-nuclear. Compuesta por su abuelo de 58 años de ocupación independiente; su abuela de 52 años, labora como auxiliar de cocina, su tía de 27 años, de profesión contadora, su tío de 24 años, que trabaja como operario; su padre de 35 años, que labora como operario, su madre de 30 años, que trabaja como cuidadora de una pareja de la tercera edad y su hermana de 3 años; así mismo la relación con cada uno de los integrantes de la familia es funcional y cercana.

Descripción del caso clínico

Motivo de consulta

La cuidadora expresó “Estoy preocupada por mi nieta, porque llora constantemente y ha bajado de peso corporal cada vez que va a clases, así mismo he hablado con la docente y ella dice que “antes debió de haber llegado mejor preparada”.



Análisis funcional

Evaluación sincrónica

La paciente y su familia se trasladaron del campo hacia la ciudad, esta situación ha generado cambios de contexto donde se presentaron problemas académicos, puesto que venía de un Centro Educativo Rural (CER). Actualmente está en un colegio de la ciudad de Piedecuesta, donde la docente hace constantemente dictados, esta situación afecta a la paciente porque no sabe realizarlos, además la docente expone las calificaciones negativas en público, causando en la paciente vergüenza, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados, incremento de las dudas, dificultades para expresar las propias opiniones, llanto incontrolable, bajo rendimiento académico, retraimiento social y bajo peso corporal.

Evaluación diacrónica

Factores predisponentes vulnerables: la paciente creció en un hogar del área rural, conformada por sus padres y su hermana, cerca de la vivienda de sus abuelos y tíos, donde los reforzadores positivos eran constantes, como: elogios, abrazos y cariño de sus cuidadores, compañeros de clase, vecinos y docente, además en el Centro Educativo Rural (CER) solo había 10 estudiante de diferentes edades y cursos; donde los estímulos del ambiente no perturbaban a la paciente, las calificaciones eran excelentes y no se avergonzaba de lo que hacía.

Descripción del problema

Paciente de 9 años de edad, estudiante de tercer grado de primaria de un colegio de la ciudad, fue remitida por la docente, quien reportó: "ha presentado dificultades en el proceso de comunicación, la mayor parte del tiempo, vive con su abuela, la niña menciona que "extraña a la madre", demuestra angustia, llanto incontrolable y ha bajado de peso corporal. Además la niña expresa "tener miedo en las clases porque le hacen dictados y no sabe resolver los problemas de matemáticas, además la profesora expone las calificaciones negativas en grupo, causado en la paciente sentimientos de vergüenza frente a los compañeros de clases".



Historia personal

La paciente desarrolló su infancia en la zona rural junto con su familia extensa–nuclear compuesta por: sus abuelos, tíos, padres y hermana; la relación con cada uno es funcional, es muy apegada emocionalmente a sus padres; antes estudiaba en el Centro Educativo Rural (CER), donde su desempeño académico fue bueno, tenía pocos amigos con quien compartía, además la docente era agradable. Hace pocos meses se vinieron a vivir a Piedecuesta con sus abuelos, sin embargo, sus padres viven en Girón. De acuerdo con lo anterior se puede describir que en su historia prenatal; el embarazo fue deseado y planeado; en su historia post- natal, el parto fue normal y durante su infancia la paciente se desarrolló entre los cuidados de sus padres y familiares de manera adecuada bajo principios y valores inculcados, en su salud se presentó dos eventos de dengue en los cuales le suministraron acetaminofén.

Descripción sincrónica

La paciente manifestó: pensamientos de inutilidad, desesperanza frente a las labores académicas, bajo peso corporal, llanto incontrolable y disminución de la actividad social.

Diagnóstico

De acuerdo con la historia clínica y las pruebas psicológicas aplicadas se puede evidenciar que la paciente de 9 años presenta trastorno de ansiedad social como se describe en la Guía De Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™. (2014, Citado por APA, 2014). Se menciona el trastorno de ansiedad social (fobia social) en el numeral, 300.23 (F40.10).

Seguidamente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM. IV-TR). (2005). Con el numeral F40.1 Fobia social [300.23] describe los siguientes ejes:

- Eje I: Presenta síntomas trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.1).
- Eje II: Z03.2 [V71.09].
- Eje III: Ninguno.
- Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo y problemas relativos a la enseñanza.
- Eje V: EEAG 81.



- La aplicación de la prueba de Reynolds & Richmond (1997) *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada)* (CMAS-R) fundamento junto con los demás instrumentos utilizados en la evaluación el diagnóstico de ansiedad social.

Plan de intervención

El plan de intervención se basó desde el enfoque cognitivo conductual, con el propósito de orientar a la consultante en el manejo del autoregistro; implementación de estrategias para la programación de actividades; entrenamiento en autoinstrucciones; se instruyó en la técnica de relajación; tareas para la casa; entrenamiento en habilidades sociales y biblioterapia.

Inicialmente se usó el autoregistro, que es una técnica cognitiva, elaborada por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) citado por Ruiz, Díaz, y Villalobos (2013); manejada de forma continua entre las sesiones, para que el paciente debata y refute sus creencias en la consulta psicológica, por lo general, esta técnica se utiliza en la primera fase de la sesión para la identificación del ABC, que hacen referencia a los acontecimientos activadores (A), que van acompañados de creencias irracionales (B) y cuyas consecuencias son emociones y conductas disfuncionales (C). (Ver anexo 6)

Seguidamente, la programación de actividades postulada por Beck (2005) y Beck, Emery y Greenberg (1985) citados por Ruiz, et al (2013) refieren que es una estrategia importante en la terapia cognitiva, durante las sesiones, paciente y terapeuta van programando las actividades diarias que realizará, el paciente utilizando una jerarquía de tareas, según la dificultad percibida, cuyo objetivo fundamental fue que el paciente percibiera el ser capaz de controlar el tiempo y realizar algunas actividades. (Ver anexo 8).

Asimismo Meichenbaum (1969) citado por Ruiz, et al (2013), describe que el entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica cognitiva; cuyo objetivo es instaurar o modificar el dialogo interno cuando el paciente se dice a sí mismo: “soy torpe por que no se hacer dictados, ni los números romanos”, Esta técnica se desarrolló de trabajos sobre deficiencias infantiles en mediación, producción y comprensión. Luria (1972) y Vigotsky (1972) citado por Ruiz, et al (2013).



Por otra parte la técnica de relajación propuesta por Jacobson (1939) citado por Ruiz, et al (2013) y la relajación autógena de Schultz (1931) citado por Ruiz, et al (2013). Describen que el origen de esta técnica, se sitúa en la cultura oriental vinculada a prácticas religiosas hinduismo, que a través de la meditación pretenden conseguir: la contemplación, sabiduría, calma mental, la relajación corporal y el control respiratorio. Así mismo, Wolpe (1958) citado por Ruiz, et al (2013), describen que el objetivo de la técnica de relajación es reducir el estado de activación fisiológica para facilitar la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior; su efecto no solo es a nivel fisiológico sino un proceso emocional, cognitivo y conductual. Además, es un proceso de aprendizaje gradual en la reducción de la activación para afrontar de una manera eficaz diversas situaciones y reconocer el beneficio de salud, también armoniza el sistema nervioso autónomo simpático y el sistema parasimpático para el control hormonal del cuerpo.

A continuación, Cooper y Valentine (2001) citado por Woolfolk (2010), refieren que las tareas para la casa son una forma de mejorar la situación académica de los niños, igualmente Cooper (1989) citado por Suárez, Fernández, Cerezo, Rodríguez, Rosario, y Núñez (2012), definen que las tareas se realizaran en horas extraescolares, además son parte integral de la terapia cognitiva, pues, a través de ellas se obtienen la mayoría de datos que permiten analizar y debatir con el paciente, también sirven para proporcionar datos relacionados con los problemas que se van presentando, facilitan la estructuración y programación de sesiones de trabajos terapéuticos. Además de conseguir que el paciente sea capaz de organizar sus propias actividades, moldear y dirigir su propia conducta. (Ver anexo 9).

Seguido de esto, la técnica de desensibilización sistemática que fue propuesta y desarrollada por Wolpe, (1958 y 1969) Ruiz, et al (2013), como primera técnica de exposición conductual que se basa en el condicionamiento clásico, Este procedimiento consiste en la elaboración de una jerarquía adaptable al problema específico del paciente. Primero se orienta a la paciente a relajarse en cada sesión, luego se incorpora un tipo de estimulación física que enriquezca la escena ansiógena imaginada, dotando así de un mayor realismo al paciente, como por ejemplo: un ambiente donde se generan; ruidos, olores, contacto físico, etc., molestos. En conclusión, la sensibilización sistemática es una forma de exposición gradual y prolongada, con el fin de prevenir respuesta de escape.



A continuación Segrin (2009) y Kelly (1988) citados por Ruiz, et al (2013), describen que las habilidades sociales, es un tratamiento cognitivo conductual, donde se aplica un conjunto de técnicas, con el objetivo de mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y de relación. Esta técnica se aplica en pacientes con déficit en habilidades sociales, además está asociado a numerosos problemas emocionales y de desadaptación como: problemas de aislamiento social, fracaso escolar y delincuencia en la infancia y adolescencia, depresión, ansiedad social, o problemas de pareja.

De acuerdo con lo anterior, Phillips (1985) citado por Pades (2003) y en especial, Jack (1934) y Page (1936) citados por Pades (2003) explicaron, que la conducta social de los niños en función de variables internas, dando un papel secundario a los ambientes donde interactúa el niño (a). Igualmente, Murphy, Murphy, y Newcomb (1937) citados por Pades (2003) quienes revelaron dos tipos de asertividad al trabajar con niños, tales fueron: primero socialmente asertiva y la segunda socialmente molesta y ofensiva. Es decir, estos autores señalan la influencia que tienen las conductas sociales de los niños en los aspectos tales como: la búsqueda de aprobación, ser responsable, simpático y comportarse socialmente adecuado o inadecuadamente; mediante el reforzamiento directo de las habilidades, experiencias de aprendizaje vicario u observación, retroalimentación interpersonal recibida y desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales.

Finalmente, Gómez (s.f.) indica que la biblioterapia es una técnica basada en la lectura dirigida, la misma requiere de la acción de un biblioterapeuta, el cual es el intermediario entre el lector y la lectura. Caldin (2001) citado por Gómez (s.f.). Define la biblioterapia como la lectura dirigida y discusión en grupo que favorece la interacción entre las personas, llevándolas a expresar sus sentimientos, miedos, angustias y ansiedades. De esta manera, el hombre ya no está aislado para resolver sus problemas, sino que intercambia con sus semejantes experiencias y valores. Se entiende entonces como una catarsis. La biblioterapia al valerse de elementos psicológicos, psiquiátricos y bibliotecológicos, por ser de carácter interdisciplinario, no posee un campo de actuación profesional definido en el cuál se pueda englobar. (Ver anexo 11).



Sesiones realizadas

El estudio de caso clínico se llevó a cabo en seis (6) sesiones, con el propósito de evaluar e intervenir desde el enfoque cognitivo conductual, para prevenir recaídas y reforzar positivamente conductas asertivas frente a situaciones que generaban ansiedad en la paciente.

De acuerdo con lo anterior, se describe que durante la primera sesión se realizó la recepción de caso e historia clínica y se firmó el consentimiento informado (ley 1090 del 2016, artículos 2, 25, 29; 31, 33, 36, 52.); con el objetivo de conocer e identificar el motivo de consulta para plantear hipótesis preliminares y elaboración de la historia clínica. Asimismo se logró obtener dicha información para abordar el caso clínico. Además surgió como hipótesis; la paciente mantiene la conducta de escape o evitación a la hora de ir a clase, porque no ha asimilado el cambio de contexto al que está expuesta, debido a esta situación, se muestra angustiada frente a las exigencias escolares. Finalmente se logró sensibilizar a los cuidadores y que participaran en la detención de los pensamientos disfuncionales, conductas de evitación o escape de la paciente y conducirla a un cambio emocional y conductual gradualmente aceptables al contexto; con el propósito que la paciente afronte las situaciones desagradables a las que está expuesta.

Consecutivamente en la segunda sesión se estableció la empatía con la paciente, donde se obtuvo información relevante para la historia clínica, así mismo se orienta a la abuela en el entrenamiento en autoinstrucciones y diligenciamiento de autoregistro. Con el propósito de explicarle a la paciente y cuidador la importancia de registrar los pensamientos y conductas que le generan malestar psicológico y físico, con el fin de lograr en la paciente el manejo y uso de su tiempo libre, así mismo se orientó en habilidades de afrontamiento en las labores académicas para reducir la ansiedad; donde surgió la siguiente hipótesis, la paciente relaciona los dictados y labores académicos con su docente, porque, la maestra expone las calificaciones negativas frente grupo de estudiantes, esta situación causa en la paciente angustia, conductas de evitación o escape y temor ir a clases. Finalmente se consiguió que los padres participaran en el diligenciamiento de autoregistro y autoinstrucciones para que la paciente describiera la situación temida.



Así mismo, en la tercera sesión se orientó a la paciente y cuidadora en la programación de actividades, tareas para la casa y en la técnica de biblioterapia, con la finalidad, que la paciente adquiriera el manejo de su tiempo libre; cuyo objetivo fue orientar a la paciente en la necesidad de programar actividades en los espacios libres, adquisición de habilidades y estrategias de lecturas para enfrentar los problemas académicos. Así mismo la hipótesis presumió, que las dificultades académicas son por falta de orientación y de adaptación al nuevo contexto debido a que cada vez la docente realizaba más dictado, esta situación predispone a la paciente en casa, además la paciente muestra conductas evitación o escape, expresión de sentimiento como el llanto, y rechazo hacia los alimentos. Finalmente se consiguió que la paciente fuera capaz de organizar sus propias actividades, moldear y dirigir su propia conducta para obtener éxito en sus labores académicas.

Seguidamente en la cuarta sesión se aplicó el Cuestionario de Depresión en Niños (CDS). De esta manera, se trabajó con la paciente la técnica de relajación, instruyendo a la paciente y cuidadora, para que ensayaran en la casa antes que la niña se dirigiera al colegio a realizar las evaluaciones o dictados. El propósito fue aplicar el CDS para descartar síntomas de depresión. Por otra parte se instruyó a la paciente en a técnica de relajación para disminuir la tensión que le genera los dictados y evaluaciones escolares. La hipótesis que surgió fue la siguiente: los dictados y evaluaciones generan en el paciente miedo o temor a perder algo. Finalmente se descartó los síntomas depresivos sin embargo mediante la aplicación de la técnica de relajación, la paciente logró afrontar las evaluaciones y dictados después de un estudio prolongado de las materias antes de ir al colegio, finalmente se consiguió que la paciente desarrollara la autoeficacia en sus actividades académicas.

Posteriormente en la quinta y sexta sesión se aplazó la consulta psicológica vía celular por motivos personales. En la séptima sesión se aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R); además, se realizó retroalimentación de la técnica de relajación; programación de actividades y se trabajó la técnica de habilidades sociales. Por otra parte los resultados manifestaron síntomas de ansiedad, los objetivos fueron: primero identificar el nivel y naturaleza de la ansiedad; el segundo orientar al cuidador en la necesidad de programar actividades en los tiempos libres de la niña para desarrollar habilidades sociales en la paciente, la hipótesis fue dirigida hacia los problemas académicos que mantenían en la paciente



pensamientos catastrofismo que dificultad la atención y memorización de las actividades académicas, en donde está expuesta a calificaciones negativas que son desagradables para la paciente. Finalmente se consiguió que la paciente adquiriera habilidades sociales para manejar la tolerancia a la frustración.

Finalmente, en la octava sesión se realizó el cierre de caso clínico, en donde la paciente ingresa a consulta con la cuidadora, con el fin de cerrar la historia clínica. Ese mismo día, fue la entrega de las calificaciones donde la paciente ocupó el puesto número once (N° 11), además la felicitaron por su gran avance académico. La cuidadora mencionó que la niña ha mejorado mucho. De este modo se dio cumplimiento a los objetivos, al mismo tiempo se hizo cierre del caso clínico y retroalimentación desde el inicio de la consulta hasta el final del proceso. La hipótesis fue que las técnicas aplicadas fueron adecuadas porque se correlacionaron paralelamente con los procesos de evaluación e intervención psicológica empleadas. Finalmente se logró que la paciente afrontara las situaciones y buscara alternativas de solución.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento después de un mes de haber realizado el cierre de caso, a través de la vía telefónica, la cuidadora manifestó que la paciente aun asiste a cursos de pintura y su rendimiento académico continúa siendo favorable, de igual forma la abuela se mostró colaboradora y empática ante el seguimiento realizado.

Resultados

Inicialmente se aplicó la prueba psicológica de Langn & Tisher (2003), titulado Cuestionario de Depresión para Niños (CDS), para corroborar síntomas del trastorno de depresión y luego se aplicó la prueba psicológica de Reynolds & Richmond (1997), titulada Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R). Con el fin de confirmar el trastorno de ansiedad, a continuación se muestran los resultados arrojados por las pruebas aplicadas.



Resultados cuantitativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

Figura 2. Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

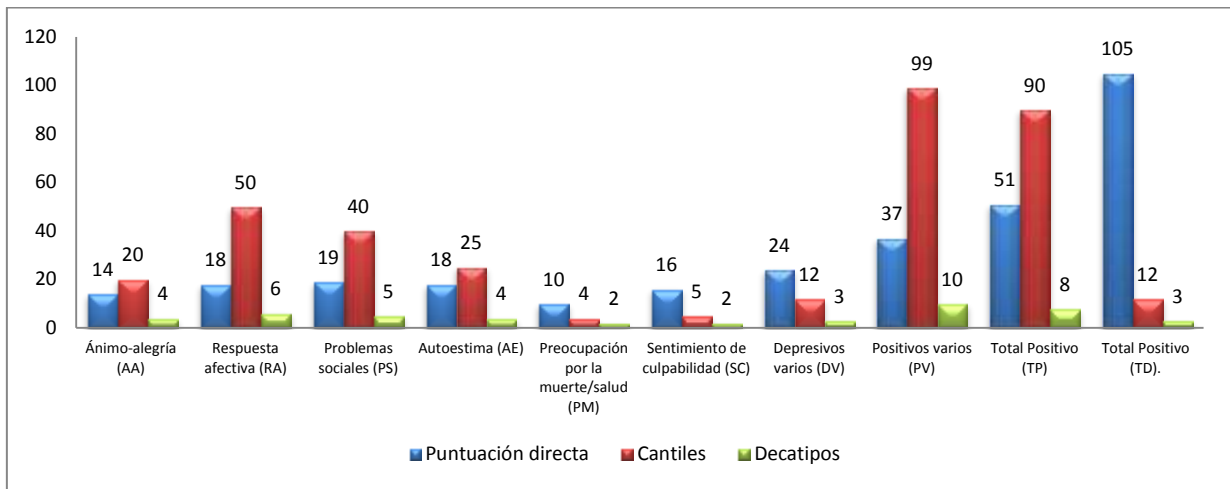


Tabla 2 Cuestionario De Depresión Para Niños (CDS)

	Puntuación directa	Cantiles	Decatipos
Ánimo-alegría (AA)	14	20	4
Respuesta afectiva (RA)	18	50	6
Problemas sociales (PS)	19	40	5
Autoestima (AE)	18	25	4
Preocupación por la muerte/salud (PM)	10	4	2
Sentimiento de culpabilidad (SC)	16	5	2
Depresivos varios (DV)	24	12	3
Positivos varios (PV)	37	99	10
Total Positivo (TP)	51	90	8
Total Positivo (TD).	105	12	3

Según los resultado de la figura 2 indican que las siguientes subescalas están dentro de la normal; primero estado de ánimo-alegría (AA) que puntuó 20; segunda la respuesta afectiva (RA) que marcó 50; tercera la autoestima (AE) que registró 25; cuarta la subescala de preocupación por la muerte/salud (PM) se puntuó en 4; quinto los sentimientos de culpa (SC) se puntuó en 5; sexto los depresivos varios (DV) puntuaron 12; séptimo el total positivo (TD) puntuó 12, sin embargo la subescala que estuvo en la media fue: la subescala de problemas sociales (PS) que puntuó 40; finalmente las puntuaciones elevadas en los percentiles fueron:



positivos varios (PV) con 99, además de la subescala total positivo (TP) 90 que están dentro de la normal. En conclusión la paciente no presenta síntomas depresivos.

Análisis de los resultados cualitativos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)

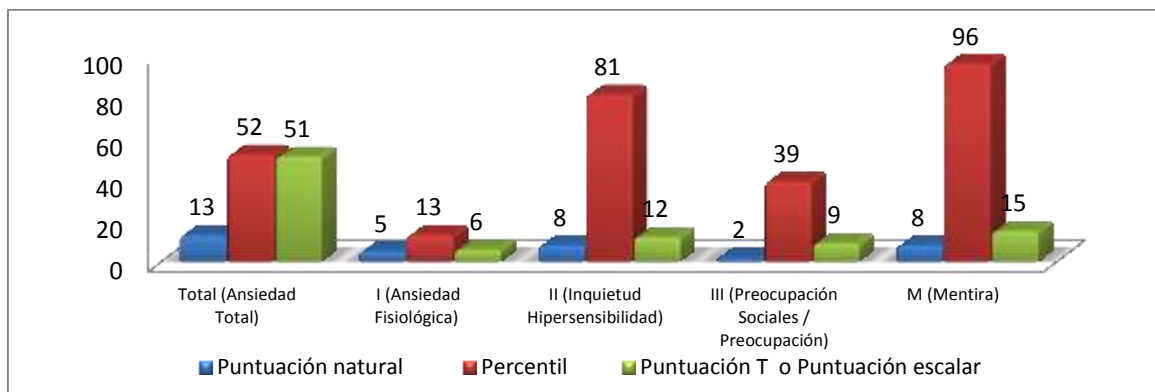
De acuerdo con los resultados de la prueba administrada, del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) se puede describir, que la paciente no presenta síntomas depresivos, sin embargo, posee un estado de humor y afecto de acuerdo a sus sentimientos, en cuanto a los problemas sociales no se muestra distante, ni sola; su autoestima, autoconcepto y actitudes son coherentes, no se muestra preocupada hacia la muerte o la enfermedad; así mismo los sentimientos de culpa no son su prioridad; su ánimo y alegría están presentes, se divierte y es feliz de acuerdo a sus experiencias positivas. Durante las sesiones psicológicas la paciente se mostró pulcra, utilizó lenguaje apropiado, sin embargo se evidenciaron sentimientos de tristeza.

Resultados cuantitativos de la CMAS-R

Tabla 3 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R)

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o Puntuación escalar
Total (Ansiedad Total)	13	52	51
I (Ansiedad Fisiológica)	5	13	6
II (Inquietud Hipersensibilidad)	8	81	12
III (Preocupación Sociales / Preocupación)	2	39	9
M (Mentira)	8	96	15

Figura 3. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS -R)





Así mismo, la figura 3 muestra porcentajes altos en los percentiles de la escala (II) Inquietud /Hipersensibilidad con una puntuación del 81%; y en la escala de (M) Mentira una puntuación elevada del 96%. Sin embargo, en la escala total (Ansiedad Total) registró el 52%; (I) Ansiedad Fisiológica se evidenció el 13%; (III) Preocupación Social /Preocupación puntuó el 39%.

Análisis de los resultados cualitativos Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Rev.-CMAS-R)

De acuerdo con los resultados de las puntuaciones percentiles proyectadas en la Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños (Revisada) (CMAS-R), se evidenció que la paciente presenta síntomas de ansiedad debido a que muestra, puntuaciones elevadas de los percentiles en las escalas: (II) Inquietud Hipersensibilidad con un 81% percentiles; y (M) Mentira con un 96% percentiles. De acuerdo con lo anterior la paciente presentó síntomas de ansiedad debido a que muestra repertorios de conducta como angustia percibida del ambiente que le genera preocupación, nervios y miedo ante las presiones del contexto. Así mismo, se aclara que el porcentaje alto en mentira se relaciona con los sentimientos de aislamiento o rechazo social, por parte de la paciente estuvo expuesta a calificaciones negativas en público por bajo rendimiento académico. En conclusión, se confirman los síntomas de ansiedad, debido a que la paciente muestra temor y evitación a ir a clase, además a enfrentar las actividades académicas que causan ansiedad social por las humillaciones y calificaciones negativas en público.

Discusión

Esta monografía aportó conocimientos de índole teórico y práctico desde el enfoque cognitivo conductual y las técnicas de intervención utilizadas en el estudio de caso clínico, que favorecieron el desarrollo del documento y el ejercicio de atención psicológica, enriqueciendo las habilidades terapéuticas durante el proceso de la práctica en la Especialización en Psicología Clínica.

Si bien el estudio de caso clínico se direccionó a un trastorno de ansiedad social en la paciente de 9 años, dadas las manifestaciones en los instrumentos de evaluación utilizadas como consentimiento informado, entrevista psicológica, formato de historia clínica, genograma, el análisis funcional, el Cuestionario de Depresión para Niños. (CDS) este se aplicó con el fin de



descartar síntomas evaluados por el cuestionario, además se utilizó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R) confirmando los síntomas descritos en literatura como: la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™, (DSM- V 2014) citado por Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014); segundo el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM IV–TR. 2005); tercera la Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10 (1994) y cuarta la Guía Latinoamericana De Diagnóstico Psiquiátrico. Versión Revisada (GLADP –VR, 2012). Se concluye que tras la revisión crítica de los diversos aspectos etiológicos se puntualizó el trastorno de ansiedad social.

Por otra parte, los resultados de dos subescalas mostraron percentiles altos en la Escala De Ansiedad Manifiesta En Niños (Revisada) (CMAS-R), evidenciando síntomas de ansiedad, donde la paciente relaciono los estímulos negativos emitidos por el ambiente con las labores académicas, provocando en ella sentimientos de aislamiento o rechazo social. De acuerdo con lo anterior Mowrer (1947–1960) citado por Ruiz, Díaz, y Villalobos (2013) describe que los miedos son adquiridos por el refuerzo negativo de los estímulos del ambiente que causa una respuesta de escape o evitación ante estímulos temidos, que conlleva a la paciente a evocar dolores de estómago, llanto constante con el fin de evitar ir al colegio.

Así mismo, las técnicas de intervención utilizadas en el estudio de caso clínico se direccionaron mediante el plan de tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual, de la siguiente manera: manejo del autoregistro; seguida de la programación de actividades; entrenamiento en autoinstrucciones; técnica de relajación; tarea para la casa; entrenamiento en habilidades sociales y biblioterapia; donde la paciente adquirió estrategias de afrontamiento ante sus problemas académicos que le generaban ansiedad. Además Piaget (1896-1980) citado por Sanz (2012) afirma que la supervivencia requiere adaptación, que cualquier especie se adapta a cambios constantes en el entorno. Piaget (1927) consideró, en consecuencia, el desarrollo del conocimiento humano, o inteligencia, como la lucha continua de un organismo muy complejo que intenta adaptarse a un entorno igualmente complejo.

Igualmente, es importante vincular a los padres, cuidadores, docentes e institución educativa en el proceso terapéutico, con el propósito de fortalecer al niño mediante estrategias y habilidades de afrontamiento frente a situaciones inesperadas con el fin de generar confianza en el proceso del desarrollo biopsicosocial del niño o niña, así mismo en compañía de los docentes e



institución educativa para dar a conocer los síntomas de la ansiedad frente a diferentes labores académicas que generan dificultades personales, familiares y sociales, causando dificultades en los niños (as), como por ejemplo: bajo rendimiento académico, deserción escolar, angustia, temores hablar en público, las cuales no facilitan la expresión de ideas en diferentes temas de clases. Esto conlleva a la implementación de programas de enseñanza y aprendizajes, estilos de crianza en los padres y resolución de problemas para fortalecer a los niños (as) en las competencias y parte del diario vivir. De acuerdo con lo anterior, Entwister y Dauber (1993) Citado por Papalia, Wendkos, & Diskin (2009) mencionan que la escuela, debe proporcionar una atmosfera positiva en el salón de clases para que los niños se involucren, muestran atención, interés, participación, para obtener calificaciones positivas.

Finalmente, la psicología clínica utiliza los procesos de evaluación e intervención como estructura y lineamientos en el manejo de los casos clínicos, con el fin de proporcionar alternativas de solución frente a las quejas que manifiestan los pacientes. Asimismo, Korchin (1976) citado por Díaz, I, y Nuñez (2010) la psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana en circunstancias problemáticas, con el fin de mejorar la situación de las personas que se encuentran en dificultades, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, proponiendo al mismo tiempo la investigación y logrando mayor eficiencia en el futuro.

Conclusiones

Inicialmente el Centro de Proyección Social de Piedecuesta–Bucaramanga facilitó el proceso de formación profesional en la práctica de especialización en psicología clínica, mediante suministro de las instalaciones físicas y los formatos de historia clínicos para el proceso de evaluación e intervención psicológica clínica.

Seguidamente se concluye que se cumplió con el objetivo general de describir el proceso de intervención psicológica en una paciente de 9 años con trastorno de ansiedad social desde el enfoque cognitivo conductual mediante el análisis de estudio de caso clínico para la disminución del malestar clínicamente significativo, mediante los principios y procesos éticos según los lineamientos la ley 1090 del 2006. Además el estudio de caso clínico cumplió con el proceso de



evaluación de los antecedentes, predisponentes y mantenedores mediante el manejo del análisis funcional para direccionarlo desde el enfoque cognitivo conductual.

De acuerdo con lo anterior se concluye que es esencial la aplicación de pruebas psicológicas como: el Cuestionario de Depresión para Niños. (CDS), para descartar síntomas de depresión y la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R). La cual confirmo el trastorno de ansiedad social. Para evaluar y medir la conducta problemas con el fin de descartar o verificar la presencia de sintomatologías y poder definir el diagnóstico que afectan el desarrollo biopsicosocial del paciente en sus diferentes áreas de ajuste.

Seguidamente es interesante concluir que a través del análisis de los resultados arrojados por las pruebas psicológicas se diseñó el plan de intervención mediante la aplicación de técnicas cognitivas conductuales; que fueron adaptadas al estudio de caso clínico para disminuir la conducta de ansiedad social y generar en la paciente habilidades de afrontamiento. Además el número de sesiones realizadas fueron fundamentales en la intervención psicológico de la paciente, de esta manera se trabajaron seis (6) sesiones y se realizó cierre de caso. De acuerdo con lo anterior se concluye que el acompañamiento terapéutico que se brindó en este caso clínico fue significativo para la paciente y el cuidador en el cambio de conducta que adquiero mediante el modelo cognitivo conductual fortaleciendo sus habilidades y destrezas frente a la situación que le generaba ansiedad social.

Consecutivamente se concluye que las técnicas cognitiva conductual empleadas fueron adaptadas en la intervención de estudio de caso clínico de la paciente con trastorno de ansiedad social para la disminución de los pensamientos irracionales y comportamiento inadecuado frente a la situación problemática, que aumentó las habilidades y capacidades de afrontamiento a diferentes situaciones que le dificultaban su interacción con ella misma, con los demás y su ambiente.

Finalmente se concluye que la psicología clínica, desde el enfoque cognitivo conductual fue una herramienta que conllevo a procedimientos clínico, para adquisición de conocimientos y habilidades terapéuticas durante el proceso de evaluación e intervención en el estudio de caso clínico, de acuerdo a los fundamentos y principios de la práctica en la Especialización en Psicología Clínica.



Recomendaciones

Primordialmente es importante describir que durante la práctica 1 y 2 se realizaron por separadas, y es importante trabajar ambas en las sesiones con los pacientes debido a que la evaluación e intervención van conectadas una de la otra, desde el principio hasta el fin de la intervención cognitiva conductual.

Seguidamente es de vital importancia vincular a los padres en el proceso terapéutico para fortalecer al niño en estrategia y habilidades de afrontamiento frente a situaciones inesperadas, con el propósito de generar confianza en el proceso terapéutico y el desarrollo biopsicosocial de la paciente. Es decir que los padres deben vincularse en la participación e interés por el comportamientos, actitudes, habilidades y destrezas que tiene su hijo (a) en diferentes actividades para fortalecer el desarrollo cognitivo, motor y social del paciente, en especial en las actividades académicas de su hijos (a) para orientarlo adecuadamente en las tareas.

Por otra parte es importante orientar a los docentes de la institución educativa, para dar a conocer los síntomas de la ansiedad frente a diferentes situaciones académicas que generan; dificultades personales, familiares y sociales, que causan problemas en los niños (as), como por ejemplo: bajo rendimiento académico, deserción escolar, angustia, temores hablar en público, los cuales no facilitan la expresión de ideas en diferentes temas de clases.

Igualmente es importante implementar programas de intervención psicológica en las instituciones educativas; donde participen profesores, padres de familia y estudiantes, para disminuir las conductas de riesgo que generan ansiedad en los niños (as) y orientarlos en las formas de enseñanza y aprendizajes, estilos de crianza en los padres y resolución de problemas en los estudiantes.

Finalmente se sugiere al Ministerio de Educación un plan de intervención en psicología clínica para evaluar a los niños en edad escolar con el propósito de identificar a temprana edad problemas de ansiedad, mediante estrategias profesionales adecuados, así mismo implementar tratamientos psicológicos para prevenir conductas desadaptativa y de vulnerabilidad frente a situaciones que generen malestar clínicamente significativo en los niños (as).



Referencias

- Anónimo (2011). *Cuento a la Vista: la Farola Dormilona*. Recuperado de <http://cuentoalavista.com/2011/02/la-farola-dormilona.html>.
- Anónimo (2012). *Cuento a la Vista: el Gato Soñador*. Recuperado de <http://www.pequeocio.com/cuento-gato-luna/>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™*. Trastorno De Ansiedad Social (Fobia Social) 300.23 (F40.10). Chicago (EEUU). Editorial. ISBN 978-0-89042-551-0.
- Castilla, R. C., Gómez, I. S., Castilla, S. R., Castilla, W. I., Caballero, M. C., Puentes, G., y Habeych, M. E. (2013). Depresión, Ansiedad Y Síntomas Somáticos En Niños Que Viven En Comunidades Rurales Colombianas. *Rev. Universidad Industrial de Santander. Salud* 45(2), 9-19. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b9443585-36a2-4085-8bae-213bddfade97%40sessionmgr198&vid=0&hid=110>.
- Centro de proyección social–Piedecuesta. Santander (2006.). *Historia Misión, Visión y Valores* Recuperado de <http://cps.bucaramanga.upb.edu.co/>.
- Conde, C. A., Orozco, L.C., Báez, A. M., y Dallos, M. I. (2009). Aportes Fisiológicos A La Validez De Criterio Y Constructo Del Diagnóstico De Ansiedad Según Entrevista Psiquiátrica Y El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) En Una Muestra De Estudiantes Universitarios Colombianos. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 38(2), 262- 278. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n2/v38n2a04.pdf>.
- Díaz, I., y Nuñez, R. (2010). “*Psicología Clínica: ¿Qué es? ¿Qué hace? ¿Cómo lo hace? ¿Para qué sirve?*” Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco Tronco Divisional. Módulo Historia y Sociedad. Grupo: SB16B Trimestre: invierno 2010 Recuperado de <http://dspace.universia.net/bitstream/2024/805/1/PSICOLOGIA+CLINICA+que+es.pdf>.
- García, J. M., Inglés, C. J., Martínez, M. C., Marzo, J. C., y Estévez, E. (2011) Inventario de Ansiedad Escolar: validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Rev.*



Psicothema, 2(23), 301-307.
<http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/viewFile/9038/8902>.

Gómez, K. L. (s.f.). La Bibliotecaria Como Práctica Profesional del Bibliotecólogo Recuperado de http://eprints.rclis.org/15583/1/art%C3%ADculo_biblioterapia.pdf.

Guía De Bolsillo De La Clasificación CIE-10 (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento Con glosario y criterios diagnósticos de investigación CIE-10: CDI-10. F40.1 Fobia Social*. Madrid. España. Editorial Médica. Panamericana ISBN, 84-7903-492-0.

Guía Latinoamericana De Diagnóstico Psiquiátrico. Versión Revisada (GLADP -VR). (2012) describe el numeral *F93.2 Trastorno De Ansiedad Social En La Niñez*. Lima. Editores: © Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL); © Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología De La Investigación*. México D.F. Sexta Edición. McGraw-Hill / Interamericana. Editores, S.A.

Lang, M., & Tisher, M. (2003). *Cuestionario de Depresión para Niños. (CDS)*. Manual 7°. Español-Madrid. Edición. Edición TEA. S.A.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM. IV-TR). (2005). *F40.1 Fobia social [300.23] (trastorno de ansiedad social)*. Barcelona-España. Editorial Masson. S.A. Original. ISBN O-89042-025-4.

Ministerio de la protección social. Ley Número 1090 de 2006. (Septiembre 06). Diario oficial N°. 46.383 Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. El congreso de Colombia. Recuperado de http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/CODIGO_ETICO/CODIGO%20DEONTOLOGICO%20Y%20BIOETICO.PDF.



- Pades, A. (2003). *Habilidades Sociales en Enfermería: (Doctora en Psicología.)* Universitat De Les ILLES Balears Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9444/tapj1de1.pdf;jsessionid=D0A0549D9237AF3021BE15F76684CC71.tdx1?sequence=1>.
- Papalia, D. E., Wendkos, S., & Diskin, R. (2009). *Desarrollo humano*. Undécima Edición. En México. Editorial. McGraw–Hill/Interamericana, Editores S.A.
- Paredes, M. E. (2014). *La Historia Clínica*. Recuperado de http://es.slideshare.net/marieu_09/historia-clnica-revisada-corregida-y-enriquecida
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de la Entrevista Psicológica, Saber Escuchar, Saber Preguntar*. Primera Edición. Electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2012. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/MANUAL-DE-LA-ENTREVISTA-PSICOLOGICA.pdf>.
- Resolución Número 1995 de 1999 Del (Julio 8). Del Ministerio de Salud recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf>.
- Rey, C. A., y Guerrero, S. I. (2012) *Tendencias De Proyectos De Investigación En Psicología Clínica En Colombia*. *Rev. Psicología desde el Caribe*, 29(1), 175-204. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v29n1/v29n1a10>.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O., (1997) *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R)*. México D.F. editorial Moderno S.A.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., y Villalobos, A. (2013) *Manual Técnicas de Intervención Cognitiva Conductual*. Primeras Teorías Conductuales. Tercera Edición UNED.
- Ruiz, M. I. (2012). *Guía De Estudio Semipresencial. Psicología del Desarrollo Facultad de Humanidades –PEM*. Recuperado de <http://courseware.url.edu.gt/Facultades/Facultad%20de%20Humanidades/Segundo%20Ciclo%202013/GES%20Psicolog%C3%ADa%20del%20Desarrollo%20PEM.pdf>.



- Sanz, L. J. (2012) .*Psicología Evolutiva y de la Educación*. 2ª Edición: enero 2012. Propiedad del Centro Documentación de Estudios y Oposiciones. Recuperado de http://www.pir.es/temas_muestra_2011/10.PSEVOLUTIVAYEDUCACION.pdf.
- Suarez, M. A. (2010). El Genograma: Herramienta Para El Estudio Y Abordaje De La Familia. *Rev. Med. La Paz*, 16(1), 53-57. Recuperado http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v16n1/v16n1_a10.pdf.
- Suárez, N., Fernández, E., Cerezo, R., Rodríguez, C., Rosário, P., y Núñez, J. (2012). Tareas Para Casa, Implicación Familiar y Rendimiento Académico. *Rev. Aula Abierta*, (40), 73-84. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-TareasParaCasaImplicacionFamiliarYRendimientoEcade-3791870.pdf>.
- Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. (2011). *Doctrina no. 01 junio de 2011. Manejo de la historia clínica en todos sus campos de aplicación en psicología*. Doctrina del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología. Colegio Colombiano de Psicólogos1. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/DOCTRINA_No_01-MANEJO_DE_LA_HISTORIA_CLINICA.pdf.
- Woolfolk, A. (2010). *Psicología Educativa*. Decimoprimer edición. Pearson Educación, México, 2010. Recuperado de <https://crecerpsi.files.wordpress.com/2014/03/libro-psicologia-educativa.pdf>.



Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificada con número de cédula de ciudadanía _____ de _____. Acudiente del niño(a) o adolescente _____. Manifiesto a usted la participación y aceptación en la prueba psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga y servicios ofrecidos por el Centro de Proyección Social de Piedecuesta Santander. Brindada la atención psicológica por la profesional en psicología y estudiante en la especialización en psicología clínica de la corte XI quienes le ha explicado las condiciones de las instrucciones de la prueba ha aplica.

De acuerdo con lo anterior se aclara que este trabajo se sigue bajo los lineamientos de la ley 1090 del 2006, desde los artículos 2,3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 43, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 56, y artículo 15 y 16 de la resolución 008430 de 1993 y resolución N° 1993 de 1999.

Así mismo el objetivo de esta actividad es la obtener datos relevantes para la historia clínica basado en psicología clínica Se aclara que los datos del participante son totalmente confidenciales.


Seguidamente autorizo al profesional para la aplicación de la prueba psicología y archivar en mi historia clínica los datos Adicional reconozco que la información que le brindo a las profesionales y estudiantes de Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga es verdadera y corresponde a mi realidad. También reconozco que el procedimiento requiere de mi compromiso de asistencia, puntualidad, participación y colaboración de mi información personal. Finalmente en forma expresa, manifiesto a ustedes que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él derivan.

He leído, comprendido y aceptado los anteriores lineamientos mencionados.

Firma _____	Firma _____	Firma _____
Paciente	Acudiente	Profesional en psicología y estudiante de especialización en psicología clínica



Anexo 2 Entrevista psicológica formato de recepción de caso clínico

 Universidad Pontificia Bolivariana SECCIONAL BUCARAMANGA		UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL FORMATO DE RECEPCIÓN DE CASO <input type="checkbox"/> Consulta Particular <input type="checkbox"/> Remitido		
Fecha de Recepción:		# de Historia Clínica:		
Servicio que Solicita:				
<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica <input type="checkbox"/> Psicoterapia Individual <input type="checkbox"/> Psicoterapia de Pareja <input type="checkbox"/> Psicoeducación				
INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre del Paciente:				Número de Cédula
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Escolaridad:	Ocupación:
Estatus de Empleo:				
<input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante				
Estado Civil:			¿Tiene hijos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo				
Dirección:		Estrato: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
Teléfono Fijo:			Celular:	
Nombre del Acudiente:			Relación con el Paciente:	
Dirección:			Teléfonos:	
INFORMACIÓN DE REMISIÓN				
Nombre de la Persona que Remite:				
Institución:				
Dirección:			Teléfono:	
MOTIVO DE CONSULTA				
<i>Describe la situación que motivó a solicitar acompañamiento psicológico (frecuencia, duración e intensidad).</i>				



MOTIVO DE CONSULTA
Naturaleza de la problemática actual. ¿Qué fue lo último que sucedió para que determinara buscar acompañamiento psicológico?

CUADRO CLÍNICO
¿Desde cuándo comenzó la situación?
¿Cómo fue la última ocasión en que ocurrió la situación?
Factores desencadenantes. ¿Qué ocurría en su vida antes de que surgiera la situación?
Nivel en que afecta la situación al consultante según su percepción: <input type="checkbox"/> Muy bajo <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Muy alto

SINTOMATOLOGÍA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Sentimientos de culpa					Desesperanza sobre el futuro				
Preocupación					Pensamientos de muerte				
Exceso de energía					Pensamientos de suicidio				
Agresividad					Problemas familiares				
Temperamento incontrolado					Meditar sobre el pasado				
Miedo del trabajo / escuela					Llanto frecuente o en exceso				
Miedo de salir de casa					Desánimo o tristeza				
Sonambulismo					Pesadillas				
Problemas para quedarse dormido					Sentirse ansioso				
Problemas para permanecer dormido					Sentirse en pánico				
Pérdida de memoria					Problemas con la ira				
Dificultades para tomar decisiones					Sentirse celoso				
Sentimientos de soledad					Impaciencia				
Dificultades en concentración					Desconfianza en sí mismo				
Cambios repentinos de ánimo					Sentir de asfixia o falta de oxígeno				
Inquietud / Intranquilidad					Latidos acelerados				



SINTOMATOLOGÍA (Adaptado de Nova Southeastern University)									
Por favor, indique la frecuencia en la que se presentaron los síntomas en los últimos seis meses. Si es el o la acudiente (en casos de niños y adolescentes), por favor indique los síntomas concernientes a su niño o adolescente.									
Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días	Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Casi todos los días
Se distrae fácilmente					Dolor de pecho				
Dificultades para la convivencia					Sentir irrealidad				
Sentirse inútil					Estar acostado en exceso				
Exceso de cansancio					Problemas en el hogar				
Apetito pobre o ningún apetito					Uso de alcohol				
Comer en exceso					Uso de drogas				
Atracones					Pérdida de conocimiento				
Preocupación por la comida					Dolores estomacales				
Vómitos					Pensamientos incontrolados				
Dormir en exceso					Comportamientos incontrolados				
Escuchar voces					Abuso físico de sí o de otros				
Problemas en el trabajo o escuela					Abuso emocional de sí o de otros				
Robos					Otros				

MEDICAMENTOS O CONDICIONES MÉDICAS (Alergias, tiroides, diabetes, etc)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Antes de comenzar el tratamiento: Usted debe ser consciente de los posibles beneficios y riesgos de los servicios de acompañamiento psicológico. La mayoría de las personas, parejas y familias que obtengan servicios de salud mental se benefician del proceso. El proceso terapéutico suele ser bastante útil y puede dar lugar a un mejor estado de ánimo, aumento de la autoestima y una mayor capacidad de tomar decisiones que faciliten la salud física, emocional y relacional, pero existen algunos riesgos. En el curso de procesos terapéuticos las personas pueden experimentar sentimientos no deseados. Si los sentimientos de infelicidad, la ira, la culpa, la frustración o surge un profundo dolor en el asesoramiento, la experiencia puede ser inesperada y angustiante. Además, los individuos, parejas, y las familias pueden encontrar que el proceso de acompañamiento psicológico les lleva a tomar decisiones importantes de la vida. Mientras que su terapeuta honrará y respetará su derecho a tomar decisiones por sí mismo, las personas importantes en su vida pueden no estar de acuerdo con la dirección que usted decide perseguir. Estas experiencias son susceptibles de producir nuevas oportunidades y desafíos únicos. No lo dude para discutir los objetivos o los procedimientos de tratamiento, especialmente si nota alguna molestia inesperada o está preocupado por una resultado del tratamiento.

Psicólogos y psicólogas en formación: Entiendo que el Centro de Proyección Social de la Universidad Pontificia Bolivariana es un centro de formación para estudiantes de pregrado, especialización y posgrado matriculados en la carrera de Psicología. Los y las terapeutas en entrenamiento están bajo la supervisión de psicólogos y psicólogas con licencia. Los y las estudiantes discuten sus casos con sus supervisores. El o la terapeuta en entrenamiento su supervisor o supervisora mantendrá confidencialidad de acuerdo con las regulaciones de privacidades del estado y del Código Deontológico y Bioético del Ejercicio de la Psicología en Colombia (2009). El nombre del terapeuta asignado es _____ y su supervisor o supervisora es _____.



INFORMACIÓN IMPORTANTE

Confidencialidad: La confianza es la piedra angular en una relación terapéutica por lo cual se establece una relación donde los límites están claramente delineados y se mantiene la confidencialidad del proceso. Ante esto, el terapeuta no compartirá la información confidencial sin el consentimiento del Paciente o sin la justificación legal y ética. Se respetará los derechos del Paciente a la privacidad y se evitará la divulgación indebida e injustificable de información confidencial. El o la terapeuta, docentes y personal del Centro de Proyección Social harán todos los esfuerzos posibles para garantizar la privacidad y confidencialidad de la información del Paciente.

Al firmar este documento usted consiente a que las sesiones de acompañamiento psicológico sean discutidas con el supervisor o supervisora del terapeuta. Esta información será compartida solo con propósitos académicos.

La información del proceso terapéutico podrá ser divulgada en las siguientes circunstancias:

- 1) El Paciente o su representante solicitan y firman una autorización para divulgación de información.
- 2) Si usted está involucrado en un procedimiento judicial y se realiza una solicitud de información con respecto a su evaluación, diagnóstico o tratamiento, esta información está protegida por la ley de privilegio del psicoterapeuta-Paciente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la revelación de alguna información, el/la terapeuta estará obligado/a a proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.
- 3) Si tenemos motivos razonables para sospechar que un menor de 18 años es abusado, abandonado o descuidado, o si tenemos motivos razonables para creer que un adulto vulnerable es abusado, descuidado o explotado, la ley exige que presente un informe con la agencia del gobierno apropiada.
- 4) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a otro, podemos estar obligados a tomar medidas protectoras. Estas acciones pueden incluir la notificación a la víctima potencial, ponerse en contacto con la policía, o buscar la hospitalización del Paciente.
- 5) Si un Paciente presenta una probabilidad clara e inmediata de daño físico a sí mismo, podemos estar obligados a buscar la hospitalización del Paciente, o contactar a miembros de la familia u otras personas que puedan ayudar a proporcionar protección.

Horas y disponibilidad: El Centro de Proyección Social ofrece servicios de lunes a viernes en horario de 8:00 am a 12:00 pm y de 2:00 pm a 6:00 pm. En común acuerdo con el terapeuta, usted puede verificar la disponibilidad del servicio de acompañamiento psicológico los días sábado. En el evento de que su terapeuta no está disponible en caso de emergencia, vaya a la sala de emergencias local. Típicamente las sesiones de acompañamiento psicológico se extienden por espacio de 50 minutos. El espacio que usted acuerdo con el o la terapeuta estará disponible exclusivamente para usted. Por tanto, es pertinente que usted llame a cancelar su cita en caso de que no pueda asistir a la misma.

Emergencias: El Centro de Proyección Social ofrece servicios sólo con cita previa. En caso de que usted presente una emergencia, favor contactar al su médico de atención primaria, a una línea de atención en crisis o visitar una sala de emergencias en su localidad.

Costo de consulta y cargos: El pago se debe realizar en efectivo y se espera en el momento en que usted asiste a la consulta. Si el pago no se hace en el momento de la consulta, usted debe cancelar su cuenta en la próxima sesión. Las citas son generalmente 50 minutos de duración. Se discutirá cualquier cambio en las cuentas con usted de antemano. En aquellos casos en que el Paciente es un menor de edad, quien es responsable de la cancelación de consultas es el padre, madre, o representante. Si necesita cancelar o cambiar una cita, notifique al CPS por lo menos 24 horas antes de la consulta. Los costos de consulta serán según establezca la Universidad Pontificia Bolivariana mediante la Resolución Rectoral vigente.

Registro de información e historias clínicas: En el Centro de Proyección social los y las terapeutas mantienen un registro clínico de cada Paciente. Este podría incluir información acerca de sus razones para solicitar tratamiento, una descripción de las formas en que el problema afecta su vida, su diagnóstico, los objetivos del tratamiento, su progreso hacia estas metas, la historia clínica y social, su historial de tratamiento, los registros de tratamientos anteriores de otros proveedores y los informes de las consultas profesionales. Usted puede recibir un resumen de su historia clínica así como una copia de los informes que resulten de los procesos de valoración psicológica. La solicitud del resumen de la historia clínica debe hacerse por escrito.



INFORMACIÓN IMPORTANTE

Consentimiento para tratamiento: Como persona con capacidad legal estoy de acuerdo en permitir a los y las estudiantes, docentes y personal del Centro de Proyección Social proporcionar tratamiento a mí, _____, con número de cédula _____ de _____. Entiendo que tengo el derecho de suspender el tratamiento en cualquier momento sin incurrir en costos adicionales. Sin embargo, es pertinente que usted informe a su terapeuta de la decisión, quien ofrecerá orientación en torno a las implicaciones de la terminación del tratamiento, ante lo cual usted asume las responsabilidades que ello implique.

Su firma en este documento indica que usted ha leído y está de acuerdo con lo que se estipula en el documento.

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____

FICHA DE ASIGNACIÓN DE PACIENTE

Practicante Pasante Especialización Doctorando Supervisor Psicología

Nombre del terapeuta asignado	:	
Fecha y hora de cita de seguimiento	:	
Fecha de recibido por el terapeuta asignado	:	
Firma del terapeuta asignado	:	



8. ANTECEDENTES MÉDICOS					
PERSONALES					
Enfermedades médicas presentadas				Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas				Tratamiento	
FAMILIARES					
Enfermedades médicas presentadas				Tratamiento	
Enfermedades mentales presentadas				Tratamiento	
Observaciones sobre antecedentes médicos					
Patrones de sueño y alimentación					
9. CONDUCTAS DE RIESGO (Para Adolescentes)					
CONDUCTA	EDAD DE INICIO			DIFICULTADES PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Actividad Sexual					
Uso de Alcohol	Edad de inicio	Frecuencia de uso	Tipo de sustancia	DIFICULTADES PRESTADAS A CAUSA DE ESTA SITUACIÓN	ALTERNATIVAS PARA MANEJAR LA PROBLEMÁTICA
Uso de Drogas					
Otras Situaciones de riesgo					
Folio No.					



Anexo 4 Cuestionario de Depresión para Niños (CDS).

N.º 122

CDS Hoja de respuestas

Apellidos y nombre _____
 Curso _____ Edad _____ Sexo _____ (V. o M.) Fecha _____
 Centro _____

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

SEÑALA SOLO UNA RESPUESTA

	++	+	+/-	-	--
1...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
33...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
9...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
41...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
17...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
49...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
25...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	++	+	+/-	-	--
57...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PD
 AA
 RA
 PS
 AE
 PM
 SC
 DV
 PV
 TP
 TD



Anexo 5 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (Revisada) (CMAS-R).

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Consulting, Ltd)
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 19-0150 Bogotá, DC

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: ____ Sexo (encierra uno dentro de un círculo): Femenino (niña) Masculino (niño) Grado: ____

Escuela: _____ Nombre de la maestra (opcional): _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra "Si" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "No". Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "Si" y "No" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate "¿Así soy yo?" Si es así, encierra en un círculo "Si". Si no es así, marca "No".

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
IV:	_____	_____	_____

Copyright © 1985 por WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
 Traducido y reimpreso con autorización. © 1997 por EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
 Av. Sonora núm. 206; Col. Hipódromo; 06100, México, D.F. Prohibida su reproducción parcial o total.

Nota: Este material está impreso en ROJO Y NEGRO.
 No lo acepte si está en un solo color.





1. Me cuesta trabajo tomar decisiones	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien	Sí	No
5. Muchas veces siento que me falta el aire	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a)	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo	Sí	No
8. Siempre soy amable	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas	Sí	No
12. Siempre me porto bien	Sí	No
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido(a)	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque esté acompañado(a)	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a)	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas	Sí	No
18. Soy muy sentimental	Sí	No
19. Me sudan las manos	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos	Sí	No
21. Me canso mucho	Sí	No
22. Me preocupa el futuro	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo	Sí	No
24. Siempre digo la verdad	Sí	No
25. Tengo pesadillas	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal	Sí	No
28. Nunca me enojo	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a)	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento	Sí	No
34. Soy muy nervioso(a)	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí	Sí	No
36. Nunca digo mentiras	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase	Sí	No



Anexo 6 Autoregistro

		Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología Centro De Proyección social de Piedecuesta – Santander					
Nombre Y Apellidos Del Consultante							
EDAD		GÉNERO		OCUPACIÓN			
Psicología		Auto-registro conductual				N° historia clínica	
FECHA DÍA/MES/AÑO	HORA	Situación	Personas involucradas	¿Qué pensé?	¿Qué sentí?	¿Qué hice?	¿Cómo reacciones?
OBSERVACIONES :							





Anexo 7 Distorsiones cognitivas

Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología Centro De Proyección social de Piedecuesta – Santander DISTORSIONES COGNITIVAS (BECK)		CPS – UPB	
Nombre Y Apellidos Del Consultante			
EDAD		GENERO	OCUPACION
Distorsiones cognitivas (Beck)			
Inferencia arbitraria /saltar a las atribuciones			
Catastrofismo			
Comparación			
Pensamiento dicotómico blanco o negro			
Descalificación de lo positivo			
Razonamiento emocional			
Construir la valía personal en base a opiniones externas			
Adivinación			
Etiquetado			
Magnificación			
Leer la mente			
Minimización			
Sobregeneralización			
Perfeccionismo			
Personalización			
Abstracción selectiva			
Afirmación con “debería”			



Anexo 10 Nivel de ansiedad después de las sesiones psicológicas observadas.

		Universidad Pontificia Bolivariana Escuela de Ciencias Sociales Facultad de Psicología Centro De Proyección social de Piedecuesta – Santander NIVEL DE ANSIEDAD						
Nombre Y Apellidos Del Consultante								
EDAD		GÉNERO		OCUPACIÓN				
Psicología	Nº historia clínica							
Situación	Nivel de ansiedad	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7
Salir de la casa al colegio	0 a 5							
Frente a los dictados	0 a 5							
Estar con los compañeros de salón	0 a 5							
Mirar a los ojos al profesor	0 a 5							
Contestar una pregunta corta en clase	0 a 5							
Hace una pregunta en clase	0 a 5							
Hacer un comentario	0 a 5							
caminando y diciendo hola en clase	0 a 5							
ante comentarios de la profesora	0 a 5							



Anexo 11 Biblioterapia.



El cuento que os traemos en esta ocasión nos lleva hasta un pequeño pueblo lleno de gatos. Allí vive **Misifú**, un gato un tanto especial que sueña con alcanzar la luna. Y es que a veces lo que tenemos alrededor, por bueno que sea, no nos basta y queremos siempre llegar más lejos, cambiar, alcanzar la luna. Este cuento habla de lo importante que es soñar y hacer todo lo posible para conseguir cumplir esos sueños.
¿Los cumplirá Misifú? Pues vas a tener que leer este entrañable cuento para descubrirlo. Como siempre, el texto es de María Bautista y en esta ocasión la ilustración es de Brenda Figueroa. ¡Qué

lo disfrutéis!

El gato soñador

Había una vez un pueblo pequeño. Un pueblo con casas de piedras, calles retorcidas y muchos, muchos gatos. Los gatos vivían allí felices, de casa en casa durante el día, de tejado en tejado durante la noche.

La convivencia entre las personas y los gatos era perfecta. Los humanos les dejaban campar a sus anchas por sus casas, les acariciaban el lomo, y le daban de comer. A cambio, los felinos perseguían a los ratones cuando estos trataban de invadir las casas y les regalaban su compañía las tardes de lluvia.

Y no había quejas...

Hasta que llegó Misifú. Al principio, este gato de pelaje blanco y largos bigotes hizo exactamente lo mismo que el resto: merodeaba por los tejados, perseguía ratones, se dejaba acariciar las tardes de lluvia.

Pero pronto, el gato Misifú se aburría de hacer siempre lo mismo, de que la vida gatuna en aquel pueblo de piedra se limitara a aquella rutina y dejó de salir a cazar ratones. Se pasaba las noches mirando a la luna.

– Te vas a quedar tonto de tanto mirarla – le decían sus amigos.

Pero Misifú no quería escucharles. No era la luna lo que le tenía enganchado, sino aquel aire de magia que tenían las noches en las que su luz invadía todos los rincones.

– ¿No ves que no conseguirás nada? Por más que la mires, la luna no bajará a estar contigo.

Pero Misifú no quería que la luna bajara a hacerle compañía. Le valía con sentir la dulzura con la que impregnaba el cielo cuando brillaba con todo su esplendor.

Porque aunque nadie parecía entenderlo, al gato Misifú le gustaba lo que esa luna redonda y plateada le hacía sentir, lo que le hacía pensar, lo que le hacía soñar.

– Mira la luna. Es grande, brillante y está tan lejos. ¿No podremos llegar nosotros ahí donde está ella? ¿No podremos salir de aquí, ir más allá? – preguntaba Misifú a su amiga Ramina.

Ramina se estiraba con elegancia y le lanzaba un gruñido.

– ¡Ay que ver, Misifú! ¡Cuántos pájaros tienes en la cabeza!

Pero Misifú no tenía pájaros sino sueños, muchos y quería cumplirlos todos...

– Tendríamos que viajar, conocer otros lugares, perseguir otros animales y otras vidas. ¿Es que nuestra existencia va a ser solo esto?

Muy pronto los gatos de aquel pueblo dejaron de hacerle caso. Hasta su amiga Ramina se cansó de escucharle suspirar.

Tal vez por eso, tal vez porque la luna le dio la clave, el gato Misifú desapareció un día del pueblo de piedra. Nadie consiguió encontrarle.

– Se ha marchado a buscar sus sueños. ¿Habrán llegado hasta la luna? – se preguntaba con curiosidad Ramina...

Nunca más se supo del gato Misifú, pero algunas noches de luna llena hay quien mira hacia el cielo y puede distinguir entre las manchas oscuras de la luna unos bigotes alargados.

No todos pueden verlo. Solo los soñadores son capaces.
¿Eres capaz tú?



Cuento a la vista: La farola dormilona

9 Por cuentoslavista

El cuento a la vista de esta semana en Pequeocio no habla de hipopótamos bailarines, ni de conejos sin orejas, sino de una farola un poco perezosa, que prefiere quedarse durmiendo cuando el resto de sus compañeras comienza a trabajar. Eso nos pasa a muchos de nosotros... ¡seguro!

La historia de esta farola viene de hace mucho, mucho tiempo. Nació de una redacción del colegio de cuando era solo una niña, como muchos de vosotros. Con el tiempo, la farola dormilona cambió de forma, pero la idea de aquel cuento infantil nacido sobre un pupitre de escuela permanece. Con el tiempo, además, se completó con la preciosa ilustración de Raquel Blázquez. Y quedó lo que quedó, esta historia sobre el día y la noche, y sobre la función que todos tenemos en la vida. ¡Espero que os guste mucho!

La farola dormilona

Las farolas, como buenas farolas, trabajaban por la noche y dormían por el día. Cerraban sus ojos cuando llegaba el sol, y dormían durante horas. Más tarde, cuando comenzaba a oscurecer, los ojos de las farolas, llenos de luz, se encendían para iluminar las calles.

Así era su vida y a todas les gustaba vivir así: de noche, en calles vacías, con toda la ciudad durmiendo y la luna en lo más alto presidiendo el cielo. A todas menos a una. Vivía en un parque de la ciudad y la llamaban la farola dormilona porque se pasaba la noche durmiendo y por el día, cuando nadie necesitaba de su luz, se mantenía encendida y brillante. Sus compañeras se pasaban el día regañándola:

- ¡Como sigas así acabarán por pensar que estás estropeada!
- No te das cuenta de que tu función es estar encendida por la noche...
- Claro, por el día no eres más que un gasto de electricidad innecesario.

La farola dormilona sabía que sus amigas tenían razón, pero no podía evitarlo. A ella le gustaba estar despierta de día, cuando la calle estaba llena de gente y de actividad, cuando los pájaros cantaban alegres y los niños correteaban por el parque.

- Pero es que la noche es tan aburrida... Nunca para nada, ni nadie...
Hasta que un día llegó al parque un viejo búho. Se había escapado del bosque porque sus ojos cansados ya no podían ver en la oscuridad como antes.

- Vete a la ciudad - le habían dicho sus amigos - Allí siempre hay luz, incluso de noche. Así que el viejo búho había cogido todas sus pertenencias, pocas, la verdad, pues no era animal de acumular cosas, y había llegado hasta el parque donde vivía la farola dormilona. Tal y como era su costumbre, durmió todo el día y por la noche, al abrir los ojos, se encontró con aquella cálida luz de las farolas. Tan feliz estaba con aquel resplandor que permitía ver a sus ojos gastados, que se puso a ulular.

Todas las farolas se pasaron días comentando la belleza y singularidad de aquel canto del búho, tan diferente a lo que habían escuchado hasta entonces. Todas, menos la farola dormilona...

- ¿Y de verdad es tan extraño ese canto?
- Es increíble, estoy deseando que llegue la noche solo para oírlo.
- Pero, ¿ese tal búho no puede cantar por las mañanas?
- No, si quieres escucharlo tendrás que quedarte despierta por la noche, como todas las demás.

Tanto le picó la curiosidad a la farola dormilona, que la siguiente noche, en contra de su costumbre, permaneció con sus dos ojos luminosos abiertos. Era la primera vez que se quedaba despierta y le sorprendió la belleza de la luna, el sonido de los grillos entre los arbustos y sobre todo, aquel canto profundo del viejo búho.

A la mañana siguiente estaba tan cansada, después de haberse mantenido despierta tantas horas, que no le quedó más remedio que dormir y dormir. Hasta que llegó la oscuridad y sus ojos se abrieron para iluminar la noche.

Y así, día tras día. Noche tras noche. Nadie volvió a llamarla la farola dormilona.