



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON SÍNTOMAS
ANSIOGENOS Y BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO.**

**INFORME DE PRÁCTICA COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

DIEGO ANDRÉS BECERRA MEDINA

BUCARAMANGA

2016



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA

ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON SÍNTOMAS
ANSIOGENOS Y BAJO RENDIMIENTO ACADÉMICO.**

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

DIEGO ANDRÉS BECERRA MEDINA

Asesor

Ps. PhD. ANA FERNANDA URIBE RODRÍGUEZ

BUCARAMANGA

2016

Tabla de Contenido

Introducción.....	1
Referente Conceptual.....	4
Formulación de caso clínico.....	10
Información general del caso.....	10
Motivo de consulta.....	11
Instrumentos de evaluación utilizados.....	12
Análisis descriptivo.....	17
Análisis Explicativo.....	20
Intervención de la propuesta.....	25
Resultados.....	30
Discusión.....	36
Referencias.....	41
Anexos.....	45
Anexo 1. Recepción de Caso y Consentimiento Informado.....	45
Anexo 2. Historia Clínica.....	50
Anexo 3. Informe Neuropsicológico.....	57
Anexo 4. Escala de Ansiedad para Niños de Spence.....	67

Lista de tablas

Tabla 1. Aplicación Escala De Ansiedad para Niños de Spence.....	15
Tabla 2. Retest Escala De Ansiedad para Niños de Spence.....	16
Tabla 3. Procesos (Biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto).....	24
Tabla 4. Plan individualizado de intervención psicoterapéutica.....	27
Tabla 5. Tabla de resultados.....	30

Lista de figuras

Figura 1. Puntuación total de las pruebas administradas.....	12
Figura 2. Resultados de la aplicación del Test y Retest de la escala..... de ansiedad para niños de Spence	16
Figura 3. Evaluación de la actividad global EVG.....	35

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO:	Evaluación e intervención en paciente con síntomas ansiógenos y bajo rendimiento académico.
AUTOR(ES):	Diego Andrés Becerra Medina
FACULTAD:	Esp. en Psicología Clínica
DIRECTOR(A):	Ana Fernanda Uribe Rodríguez

RESUMEN

El presente estudio de caso expone el procedimiento de evaluación e intervención desde el modelo cognitivo conductual durante la práctica de especialización en psicología clínica, elaborado en el Centro de Proyección Social su Santidad Papa Francisco del municipio de Piedecuesta. Durante su desarrollo se atendieron 22 consultantes de los cuales el 59% (n=13) eran mujeres y el 41% (n= 9) hombres con un rango de edad entre los 9 y los 74 años. El proceso de atención clínica realizado está estructurado de la siguiente forma: Recepción del caso, evaluación inicial, formulación del caso, elaboración y ejecución del plan de intervención ajustado a las capacidades del consultante. Para la elección del caso se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: asistencia a las sesiones programadas, información detallada sobre la situación y adherencia al tratamiento. Se seleccionó el caso de una consultante de 9 años con síntomas de ansiedad y bajo rendimiento académico. El programa de componentes cognitivos conductuales permitió evidenciar por medio de los resultados una disminución de los síntomas ansiosos y un aumento de comportamientos dirigidos al control de las situaciones problemáticas, así como una mejoría en la escala de actividad global.

PALABRAS CLAVES:

Síntomas, ansiedad, cognitivo conductual, rendimiento, niñez.

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Assessment and intervention in patients with anxiogenic symptoms and underachievement

AUTHOR(S): Diego Andrés Becerra Medina

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Ana Fernanda Uribe Rodríguez

ABSTRACT

The present case study shows test procedures and the intervention from the cognitive behavioral model during the specialization in Clinical Psychology practice, elaborated in the Social projection center his holiness Pope Francisco of Piedecuesta. During its implementation were treated 22 patients from which 59% (n=13) were women and 41% (N=9) men, with an age range between 9 and 74 years old. The clinical care process carried out is structured as follows: Case reception, initial test, case formulation, elaboration and execution of the intervention plan adjusted to the patient needs. For case election the following inclusion criteria were taken into account: attendance at meetings scheduled, detailed data on the status and adherence to treatment. A 9 years old patient with anxiety symptoms and academic underachievement was selected. The cognitive behavioral program components allowed to show through the results a decrease of the anxiety symptoms and an increase of the directed behaviors having the control of problematic situations, as well as an improvement in the overall activity scale.

KEYWORDS:

Symptom, anxiety, cognitive behavioral therapy, childhood.

Introducción

El documento expuesto a continuación, describe el proceso de la práctica clínica de la especialización en psicología clínica desarrollada en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco (CPS) del municipio de Piedecuesta. El cual funciona como un espacio de retribución a la comunidad para desarrollar procesos de intervención y acompañamiento social, donde se atiende de manera equitativa las necesidades de la comunidad basándose en las relaciones de confianza, respeto y comunicación para prestar de manera oportuna sus servicios, creando lazos de cooperación y compromiso desde su apertura el 28 de junio del 2006. Desde la facultad de psicología se ofrece a la comunidad apoyo psicológico, promoviendo el desarrollo personal y grupal de los usuarios a través de la prevención, atención y capacitación en temas psicológicos mediante los servicios de atención individual, familiar y de pareja en aras de fomentar la calidad de vida y salud mental (Centro de Proyección Social, s.f.).

De acuerdo a lo anterior, es responsabilidad de los profesionales practicantes la elaboración y ejecución de programas ajustados a las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta tanto las habilidades del consultante, como las del propio terapeuta, para llevar a cabo de forma eficiente los procesos terapéuticos y de esta manera mantener los estándares de calidad responsables del aumento en la demanda del servicio por parte de la comunidad Piedecuestana y de sus alrededores. Para llevar a cabo este objetivo se acordó la prestación del servicio dos días a la semana en la jornada de la tarde, para cualquier tipo de población que lo solicitara.

El Centro de Proyección Social lidera un proceso de unión interdisciplinar desde el 2010 que desea el crecimiento, desarrollo y progreso de la comunidad, desde la Facultad de Psicología, Comunicación Social-Periodismo, Derecho, Ingeniería Industrial y Formación Humanística, fortaleciendo la prestación de servicios como: Capacitaciones en mercadeo y ventas, contabilidad básica, servicio al cliente y emprendimiento empresarial; cursos sobre country, piñatería, artesanías en fique, panadería, cárnicos, piscicultura, huertas urbanas y ecológicas, pollo de engorde, belleza, muñecos en tela, bolsos en tela. De igual manera cuenta con un consultorio de asistencia jurídica gratis tanto judicial como

extrajudicialmente, en las diferentes áreas del derecho, adscrito a este se encuentra el centro de conciliación que promueve la aplicación de métodos alternativos para la solución pacífica de controversias. El Centro de proyección social se encuentra ubicado en la carrera 8 N° 6 – 37 del municipio de Piedecuesta. El horario de atención es de lunes a viernes desde las 8am hasta las 12m y en la tarde desde las 2pm hasta las 6pm.

Durante la práctica se atendieron 22 usuarios de los cuales el 59% (n=13) eran mujeres y el 41% (n= 9) hombres con un rango de edad entre los 9 y los 74 años. El proceso de atención inicia con la recepción del caso, la cual es realizada por el usuario o un familiar de este con el terapeuta o en ocasiones por otro de los profesionales para ser asignado posteriormente al encargado de llevar el caso. Durante la recepción se registran los datos del consultante (datos demográficos, datos del acudiente, motivo de consulta, cuadro clínico, sintomatología, condiciones médicas), posterior a esto, se explica el consentimiento informado, indicando al consultante los posibles riesgos y beneficios del proceso terapéutico. Entre los casos atendidos 64% (n=14) corresponde a consultantes menores de edad cuyos principales problemáticas respondían a: Problemas en la relación familiar, síntomas de ansiedad, problemas académicos, consumo de sustancias y cutting. El 36% (n=8) restante correspondiente a los usuarios mayores de edad acudían al CPS por situaciones relacionadas a problemas familiares, dificultades en la relación de pareja y asuntos relativos a la interacción con el sistema legal.

El 32% (n=7) de los casos solo asistieron a la recepción del caso, el 55% (n=12) iniciaron el proceso terapéutico pero por motivos económicos, laborales o de tiempo no lo culminaron, solo el 13% (n=3) llevaron a cabo la terapia hasta alcanzar los objetivos establecidos para cada uno de ellos. Las estrategias utilizadas para el desarrollo de la práctica desde el modelo cognitivo-conductual estaban orientadas al entrenamiento en herramientas como la relajación, la solución de problemas, el afrontamiento, el autocontrol y en algunos de los casos la entrevista motivacional para el ajuste de las áreas afectadas.

De esta manera, entre los 22 usuarios atendidos se seleccionó a una consultante de 9 años de edad que reúne los criterios para la exposición del proceso y evaluación de caso realizado, gracias a su compromiso de asistencia a las consultas programadas y su permanencia en el proceso terapéutico hasta su culminación. Se realiza la recepción de caso

con los padres de la consultante, estableciéndose los objetivos y parámetros del tratamiento, aprobados a través del consentimiento informado. Posterior a esto se realiza la entrevista inicial con la niña, la evaluación clínica, aplicación del instrumento e intervención y cierre de caso. El número de sesiones desarrolladas fueron 13 en total sin tener en cuenta las inasistencias.

Referente Conceptual

De acuerdo con la organización mundial de la salud (2013), se describe la salud mental como: un estado de bienestar en el que el ser humano realiza sus actividades, superando el estrés normal de la vida, trabajando de forma eficiente, productiva y aportando a su comunidad. En cuanto a los niños se centra en aspectos del desarrollo, la identidad, la capacidad para dirigir los pensamientos y emociones, así como la habilidad para relacionarse socialmente, o la aptitud para aprender y ser parte activa de la sociedad (OMS, 2013, p.7).

Debido a esto cuando se encuentran dificultades en el menor para enfrentarse a su realidad es posible la presencia de algún síntoma, lo que no es equivalente directo para un diagnóstico, sino para establecer una sospecha.

Caraveo-Anduaga et al (2002) Afirman que los cuadros clínicos infantiles por los que generalmente se buscan los servicios de salud mental se han agrupado de acuerdo a sus manifestaciones: De externalización (Hiperactividad, impulsividad, conductas desorganizadas) reportados con mayor frecuencia y a los que se atienden con mayor rapidez una vez identificados los síntomas y los de internalización (Angustia, estados alterados de ánimo) los cuales presentan un retraso en su identificación y por tanto, mayor demora en ser atendidos. En aquellos casos en los que no se ha realizado ningún tipo de intervención, la psicopatología del desarrollo ha demostrado que algunos de estos problemas o trastornos persisten hasta la edad adulta y aumentan la probabilidad de presentarse de forma simultanea otros trastornos psiquiátricos. De todo esto, llama la atención de los investigadores que los síntomas claves del trastorno por déficit de atención e hiperactividad que están entre las manifestaciones más frecuentes y que aparecen de manera temprana en el transcurso de la vida, no son considerados un motivo de atención y mucho menos de consulta. Únicamente el bajo rendimiento académico, uno de los efectos de la atención deficiente, pero no exclusiva de ésta, fue objeto de advertencia (Caraveo-Anduaga, Jorge Javier, Colmenares-Bermúdez, Eduardo, & Martínez-Vélez, Nora Angélica, 2002, p.493).

Considerando lo anterior y de acuerdo a las evidencias es necesario prevenir la aparición de trastornos en la población infantil, la cual debe estar dirigida al control sobre la forma en que los niños y su familia se enfrentan a las situaciones y se adaptan a los cambios. Teniendo en cuenta aspectos como la edad del niño, su capacidad para comprender las situaciones, la apreciación de este sobre la seguridad y la protección que le ofrece el contexto familiar, ligado al reajuste de la red de apoyo social (Sommer A, Katerina et al, 2013).

Señalando lo expuesto, es necesario definir la problemática presente en el individuo de este estudio de caso, la cual se ha centrado en los síntomas de ansiedad presentes ante determinadas situaciones que entorpecen el rendimiento académico y partir de esta desarrollar un proceso de intervención adecuado a las necesidades de la consultante. García Fernández et al (2008) citado por Martínez-Monteagudo, García Fernández, Inglés, (2013) define estos síntomas como:

Un grupo de respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras ante escenarios percibidos como desafiantes y arriesgados. Acorde a la manera en que se presenta y a su duración se puede clasificar de dos formas su manifestación, primero como ansiedad rasgo a las situaciones en las que se experimentan los síntomas de forma permanente y a lo largo del tiempo; segundo como ansiedad estado cuando la presencia de los mismos es de forma transitoria, ante contextos específicos (García Fernández et al 2008 citado en Martínez-Monteagudo, García Fernández, Inglés, 2013, p.48).

Aunque se hayan establecido dos categorizaciones para la forma en que se pueden presentar los síntomas es necesario tener en cuenta que hay diferencias particulares que intervienen en la aparición y mantenimiento de los mismos. Valiente et al (2002), señalan lo siguiente:

Aspectos asociados a la herencia, variables de la personalidad, patrones de crianza, la reactividad psicofisiológica, la diferenciación sexual entre otros, podrían aclarar porque algunos niños son más temerosos en la misma etapa evolutiva o porque en ellos no desaparece la respuesta normal de miedo ante un estímulo, cuando por la edad se esperaría que este se redujera (Valiente, Sandín, Chorot, 2002, p. 62).

Además es esencial dentro del proceso realizado explicar los trastornos identificados en la consultante, predecesores de la sintomatología ansiógena y que han sido fundamentales en la configuración de la problemática actual. El primero de ellos es el Trastorno específico del aprendizaje, el cual de acuerdo con Sans et al (2013): “posee una base neurobiológica y en ocasiones un componente genético, que restringe a un niño con un nivel de inteligencia normal a no mejorar en uno o más aprendizajes aun cuando haya tomado una capacitación adecuada” (Sans A, López A, Colomé R, Boix C & Sanguinetti, 2013, p.p. 37-38).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría 2013, define el Trastorno Específico del Aprendizaje como:

Una dificultad en el aprendizaje y en las aptitudes académicas, en las que se observan la presencia de al menos uno de los siguientes síntomas en un periodo de al menos 6 meses: (1) Lectura lenta e imprecisa de palabras, (2) Dificultad en la comprensión del lenguaje, (3) Dificultades ortográficas, (4) Dificultades en la expresión escrita, (5) Dificultades para dominar el sentido numérico y (6) Dificultades con el razonamiento matemático. Del mismo modo estas aptitudes deben encontrarse por debajo de lo esperado para la edad cronológica de la persona interfiriendo de manera significativa con su rendimiento escolar. Otro aspecto importante a tener en cuenta se presenta cuando la demanda académica supera las capacidades del consultante y no hay evidencia de discapacidades intelectuales, trastornos visuales, auditivos o neurológicos que originen el problema (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.p. 38-39).

Asimismo, es importante describir el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, el cual es otro de los trastornos considerados en la consultante de acuerdo a los resultados de neuropsicología. De acuerdo con Barkley (1997) citado por Servera (2005):

Se trata de un trastorno caracterizado por niveles inapropiados de impulsividad, sobreactividad y problemas atencionales que aparecen desde la primera infancia,

cuya naturaleza no puede explicarse por deficiencia neurológica, discapacidad o trastornos emocionales y guarda gran relación con inconvenientes en seguir conductas regidas por reglas o para mantener un trabajo constante a lo largo del tiempo (Barkley citado por Servera, 2005, p. 358).

El DSM-5 clasifica este trastorno de acuerdo al síntoma que sobresale en el comportamiento del individuo de tres maneras: (1) Presentación combinada, (2) Presentación predominante con falta de atención y (3) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva. El cual para este caso corresponde al número dos caracterizado por una falla en prestar y mantener la atención durante sus actividades, tareas o para escuchar cuando se le habla, no seguir instrucciones, no terminar sus obligaciones, se presentan dificultades para organizar sus deberes, se evita todo aquello que requiere un esfuerzo mental prolongado y con frecuencia se distrae con facilidad y olvida las actividades cotidianas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p.p. 33-36).

Al tener una concepción completa de la situación de la consultante, se desarrolló un programa multicomponente de técnicas cognitivos conductuales, ajustado a las necesidades del caso. Dentro de las técnicas utilizadas dentro del proceso clínico se encuentran:

Respuesta de relajación de Benson. La cual se centra en el control de la respiración mediante la adecuación de técnicas de reflexión asiáticas (Planes M, 1992) y dirige su acción a la aminoración de los síntomas de ansiedad, apaciguando la mente y atacando los efectos del estrés. Esto a través del uso de una frase o palabra constante y repetitiva, con el propósito de centrar el cerebro en un pensamiento imparcial, descartando aquellos que distraen su atención, mientras se realiza una relajación muscular y ejercicios de respiración profunda (Jara S, 2008). Realizada con el propósito de disminuir la activación física y aumentar la concentración de la consultante ante situaciones que le resultan amenazantes.

Economía de fichas. Se emplea para establecer un dominio sobre un entorno específico y de esta manera dirigir el comportamiento de una persona, introduciendo en el ambiente del consultante un reforzador artificial que puede ser reemplazado por un reforzador gratificante para él. La aplicación de un reforzador que puede ser

controlado permite la reorganización de las circunstancias ambientales de manera apropiada. La utilización de este sistema proporciona la alternativa de introducir conductas, alterar su frecuencia de acuerdo con el objetivo de la intervención o eliminar aquellas que resultan problemáticas. La implementación del programa de la economía de fichas, cuenta con tres fases: (a) Fase de establecimiento de las fichas como reforzadores artificiales, (b) Fase de la aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas y (c) Fase de desvanecimiento o terminación del registro de las conductas por fichas (Labrador, García, Cruzado, 2006a, p.p. 534-536).

Estrategia implementada para que RL fortalezca los procesos organizativos y la vinculación de sus padres en su proceso de cambio.

Técnicas de autocontrol. De acuerdo con García, Comeche & Vallejo (2001) citado por Labrador, García, Cruzado (2006):

Las técnicas de autocontrol se dividen en dos categorías: Las técnicas de control estimular y técnicas de programación conductual”. Las primeras dirigidas a programar el ambiente estimular en el que se presenta la conducta vigilada con la finalidad de que su probabilidad de presentarse se altere. El segundo grupo de técnicas se utiliza posteriormente a la situación problema, para manipular la respuesta después de haberse presentado. (García, Comeche & Vallejo, 2001 citado por Labrador, García, Cruzado 2006b, p.582).

Las cuales se seleccionaron dentro del proceso de intervención para aumentar el control de RL en el desenvolvimiento de sus actividades en los diferentes ámbitos de su vida.

Técnica de control estimular. Para Avia (1984) citado por Labrador, García, Cruzado (2006):

La aplicación de esta técnica conlleva el uso de algunos de los siguientes métodos: (1) Restricción física, (2) Eliminación de estímulos, (3) Cambiar los estímulos discriminativos, (4) Cambiar el medio social y (5) Modificar las propias condiciones físicas y fisiológicas. Con el objetivo de brindar estrategias alternativas a las implementadas, para así enfrentarse a las situaciones eliminando los estímulos problemáticos y adecuando el medio para la producción de comportamientos

efectivos que satisfagan las exigencias en cada uno de los ámbitos en los que se desempeña (Avia 1984 citado por Labrador, García, Cruzado 2006c, p.584).

Modelamiento Encubierto. García, Comeche & Vallejo (2001) citado por Labrador, García, Cruzado (2006) Definen esta técnica como:

La utilización de la imaginación para enseñar una guía segura y apta para la realización de conductas temidas. El primer paso consiste en que la persona se imagine como normalmente actuaría, para luego imaginar cómo debería ser el modo adecuado de hacerlo. Esta técnica permite ensayar situaciones problemáticas pronosticando las posibles dificultades y evaluar los posibles cambios para llevarlas a cabo de forma correcta. (García, Comeche & Vallejo, 2001 citado por Labrador, García, Cruzado 2006d, p.588).

La cual se utiliza como una aproximación a aquellas realidades que resultan amenazantes para el sujeto.

Autoinstrucciones. Meichenbaum (1969) citado por Labrador, García, Cruzado (2006) formula esta técnica para:

Trabajar las dificultades presentes en niños hiperactivos en la ejecución de sus tareas, a través del uso de palabras o comentarios que promueven el control del niño en el momento de realizar una tarea de manera que estas se internalicen y se conviertan en un esquema cognitivo que guíe su comportamiento (Meichenbaum, 1969, citado por Labrador, García, Cruzado, 2006e, p.589).

Ruiz (1993) señala que las autoinstrucciones deben ir dirigidas a la resolución del problema mediante su definición y aproximación al mismo. Dentro del proceso de intervención es la última herramienta empleada, con el propósito de facilitar la modificación de esquemas y guiar el aprendizaje de la consultante.

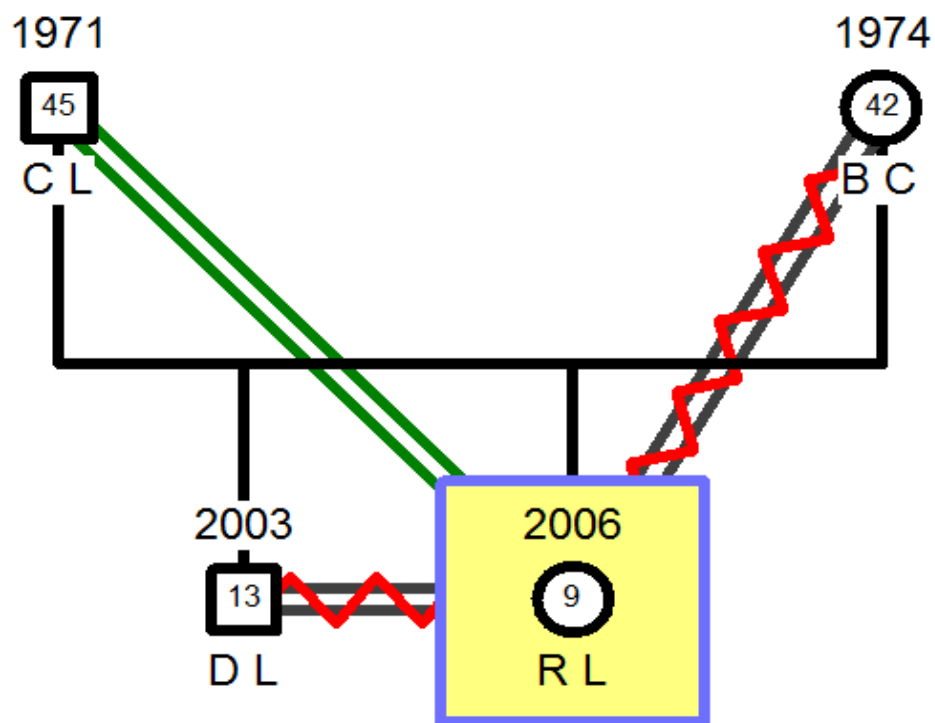
Formulación de caso clínico

Información general del caso

Datos sociodemográficos

Nombres:	RL
Fecha de nacimiento:	14 de marzo del 2006
Edad cronológica:	9 años
Género:	Femenino
Escolaridad:	Cuarto Grado
Nivel sociocultural/económico:	4
Procedencia geográfica:	Urbana
Composición del núcleo familiar primario:	Padre, madre y hermano

GENOGRAMA



RL vive con sus padres y su hermano mayor. La relación con su padre es más cercana debido a que tiene una mejor comunicación con él y comparte más tiempo tanto para jugar como para hacer los deberes; con la madre tiene una relación cercana pero también se presenta hostilidad en algunas ocasiones ya que la consultante refiere que es diferente la manera en que ella la corrige a la de su padre, manejando un tono de voz fuerte e intimidándola con un posible castigo en caso de no obedecer sus órdenes. Con su hermano mayor la relación también es de ambivalencia cercano/hostil debido a que en algunas oportunidades le gusta jugarle bromas que terminan en discusiones pero que generalmente se arreglan en corto tiempo.

Motivo de consulta

Los padres de RL buscan acompañamiento psicológico debido a los problemas que se presentan en la clase de español en el momento de presentar evaluaciones, evidenciados en los síntomas de ansiedad y los bloqueos que se generan frente a ellos y para modificar el estilo de crianza de acuerdo con las recomendaciones hechas por el neuropsicólogo.

Expectativas de los consultantes y/o resultados esperados. Durante el inicio del proceso psicológico, los padres describen los futuros cambios que esperan ver no solo en la paciente, sino también en el funcionamiento general de la familia. Entre los primeros cambios que esperan ver se encuentra, el aumento de la autonomía de su hija para realizar los deberes que le corresponden en la casa y en el colegio, acciones como: Preparar las tareas, tender la cama, atender a los llamados, estudiar sin supervisión, dormir en su habitación, participar en clase, preguntar ante las inquietudes, entre otras. Como padres refieren que solo esperan que se esfuerce un poco, para que a medida que vaya creciendo las cosas no se le hagan cada vez más difíciles.

En el caso de la consultante su mayor expectativa es hacer las cosas bien para que sus padres no se enojen con ella y no le asignen más tareas de las que ya realiza. Durante el inicio del proceso terapéutico presenta episodios de irritabilidad y llanto ante la idea de iniciar la sesión, situación que se resuelve al explicarle el fin del proceso y el papel que desempeñara en este, así como los posibles cambios que se generaran si se modifican las conductas que mantienen el problema.

Instrumentos de evaluación utilizados

Antes de comenzar el proceso terapéutico la consultante fue evaluada por neuropsicología, durante tres encuentros realizados los días 4, 11 y 15 de julio del 2015, Durante el procedimiento, el neuropsicólogo aplicó varias pruebas entre las que se encuentra:

- ✓ Escala de inteligencia de Weschsler para niños, cuarta edición – WISC IV
- ✓ Subtest de la batería ENI- Evaluación Neuropsicológica Infantil
- ✓ Trail Making A y B
- ✓ Escala Multimodal de la conducta EMC (Padres, profesores y autoinforme)
- ✓ SNAIP IV

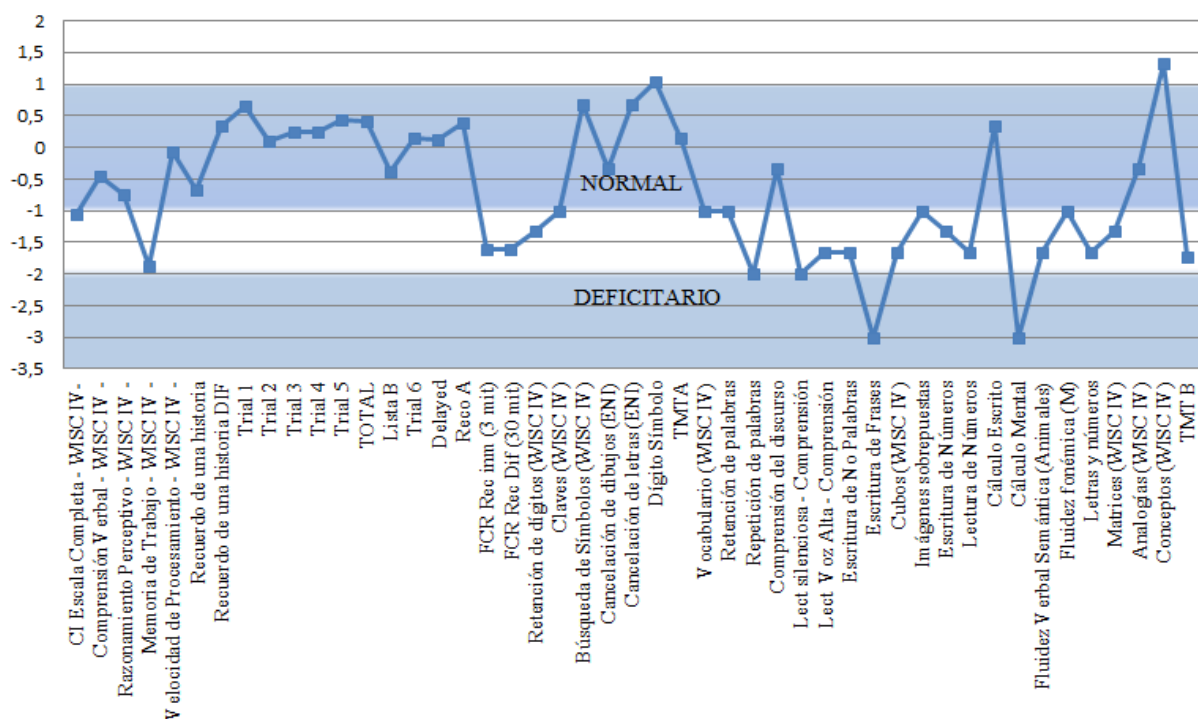


Figura 1. Puntuación total de las pruebas administradas.

De acuerdo a los resultados de las pruebas realizadas, la niña al momento de la evaluación presenta un cociente intelectual que se ubica dentro de un rango normal bajo (CIC: 84). Durante la evaluación neuropsicológica realizada a la consultante se evidenciaron desempeños dentro de lo esperado para la edad cronológica y nivel educativo.

Las dificultades encontradas por la neuropsicóloga están relacionadas con las habilidades atencionales – ejecutivas, la memoria visual, la lecto escritura, el cálculo determinando que se cuentan con los criterios suficientes para considerar un trastorno específico del aprendizaje (Trastorno de la escritura, trastorno de la lectura, trastorno del cálculo). A nivel atencional halló dificultades en el control y en la posibilidad de alternar el foco eficazmente ya que la exigencia a nivel cognitivo no se lo permite. Relacionado a esto se presentaron obstáculos para poner en marcha y utilizar mecanismos que le permitieran actuar de manera eficiente ante las demandas del ambiente, particularmente en la supresión de las distracciones, la inhibición de respuestas inapropiadas y la capacidad de mantener la atención a pesar del cansancio o aburrimiento. De acuerdo con los antecedentes de dificultades atencionales y los hallazgos encontrados durante la evaluación y observación referentes a los inconvenientes leves a nivel atencional y ejecutivo, la neuropsicóloga llega a la conclusión de que la consultante también cumple con los criterios para considerar un trastorno por déficit de atención e hiperactividad con un predominio de déficit atencional en estadio leve. La descripción por habilidades evaluadas se encuentra en el informe neuropsicológico (Ver anexo 3).

Como instrumentos de evaluación para completar el proceso realizado por el neuropsicólogo se aplican las siguientes herramientas:

El consentimiento informado: Es un documento obligatorio para el profesional de psicología en el cual debe informar al usuario y asegurarse de que entienda el proceso terapéutico a desarrollarse, los métodos de evaluación, técnicas y estrategias que se seguirán en el tratamiento. De igual manera se le deberá explicar acerca de los posibles resultados y consecuencias adversas que pudieran presentarse, así como las posibles alternativas al proceso. Dentro del escrito se incluye el consentimiento, que es el permiso proporcionado por el usuario al profesional para que este pueda proceder. De acuerdo con el artículo 36, ordinal i, todos los psicólogos deben firmar junto con su consultante o en caso de menores de edad con su acudiente el consentimiento informado. (Hernández, 2011)

Historia clínica: Herramienta utilizada para la recolección de información clínica sobre el consultante, de tal forma que se garantice que la información contenida es confiable y cumpla con los requisitos aplicados por la ley. La historia clínica para

consultantes menores de edad para el estudio de caso cuenta con los siguientes apartados: Datos del consultante, datos del acudiente, motivo de consulta, examen mental, genograma, aspectos familiares, historial del desarrollo, desarrollo del lenguaje, escolaridad, antecedentes médicos, conductas de riesgo, impresión diagnóstica, plan de tratamiento y seguimiento.

Escala de Ansiedad Spence para niños (SCAS): Es un cuestionario diseñado para examinar los síntomas de ansiedad en los niños, la prueba consta de 44 ítems que se utilizan para identificar 7 trastornos de ansiedad de acuerdo a la clasificación del DSM IV. Seis ítems miden ansiedad por separación, seis trastornos obsesivo-compulsivos, seis pánico, tres agorafobia, seis fobia social, seis ansiedad generalizada y cinco miedo al daño físico. Contiene además seis ítems que no se califican y que tienen como función disminuir el sesgo negativo. Se califica en una escala tipo Likert de 4 opciones que fluctúa entre 0 para nunca y 3 para siempre. Permite diferenciar el diagnóstico clínico de ansiedad y no ansiedad en los niños. Los estudios previos sobre esta prueba han demostrado una alta coherencia interior y confiabilidad, estudios como el de Spence *et. Al* (2003) arrojan un coeficiente alfa de .92; para Essau *et. Al* (2002) arroja un coeficiente alfa de .92 y para Nauta *Et. Al* (2004) arroja un coeficiente de alfa de .89.

La prueba que se manejó para esta evaluación se tomó del estudio realizado por Crane y Campbell (2010). *Una comparación transcultural de síntomas de ansiedad entre niños colombianos y australianos*. En la adaptación de esta prueba se realizó el procedimiento según el cual el SCAS fue traducido de inglés a español por un psicólogo bilingüe y luego se tradujo de nuevo a su forma original por otro psicólogo bilingüe, de acuerdo al estudio algunas discrepancias menores fueron corregidas (Hernández Guzmán et al, 2008), se tomó como referencia este instrumento porque en ese estudio se confirma la consistencia interna y se confirma la estructura factorial del instrumento al comparar las dos culturas.

Tabla 1. Aplicación Escala De Ansiedad para Niños de Spence

	Puntuación directa	Rango de puntuación	Puntuación T	Categoría
Ataque de pánico y agorafobia	2	2-3	45	Normal
Ansiedad por separación	9	9-10	60	Elevado
Miedo al daño físico	6	6-7	60	Elevado
Fobia Social	11	11	55	Elevado
Obsesivo compulsivo	4	4-5	45	Normal
Ansiedad generalizada	4	4	40	Normal
Escala total	36	39-40	54	Normal

Integración de resultados

Los resultados de la Escala total indican niveles de ansiedad normales para la consultante. Aunque es necesario aclarar que para las escalas Ansiedad por separación, miedo al daño físico y fobia social, se obtuvieron puntuaciones elevadas las cuales indican un gran riesgo para el desarrollo de alguno de estos trastornos; por otra parte las puntuaciones para el ataque de pánico, agorafobia, fobia social y Trastorno Obsesivo Compulsivo, se obtuvieron niveles normales.

Tabla 2. Retest Escala De Ansiedad Para Niños de Spence

	Puntuación directa	Rango de puntuación	Puntuación T	Categoría
Ataque de pánico y agorafobia	1	0-1	40	Normal
Ansiedad por separación	6	5-6	50	Normal
Miedo al daño físico	4	4	50	Normal
Fobia Social	5	5	45	Normal
Obsesivo compulsivo	1	0-3	40	Normal
Ansiedad generalizada	2	0-4	40	Normal
Escala total	19	19-20	42	Normal

Integración de resultados

Los resultados de la Escala total indican niveles de ansiedad normales para la consultante. A través de los datos se evidencia una disminución de los puntajes en las diferentes escalas, en especial, la ansiedad por separación, el miedo al daño físico y la fobia social, escalas que durante la primera aplicación generaron niveles elevados en la puntuación de cada una de ellas.

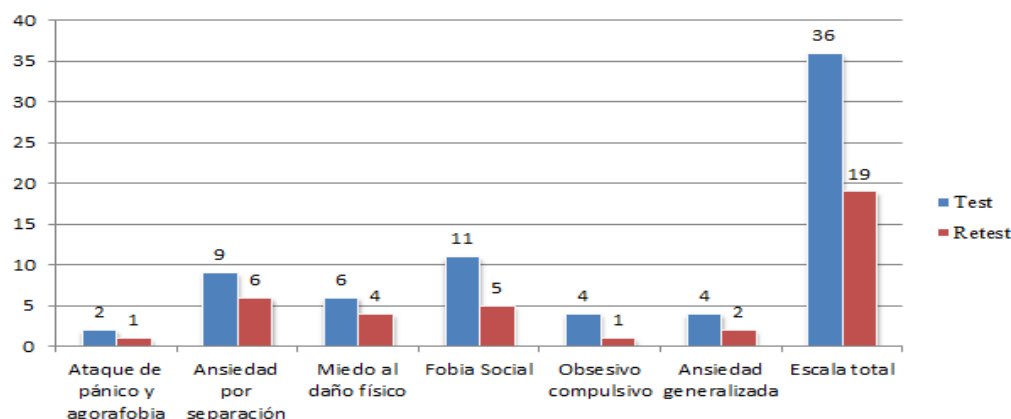


Figura 2. Resultados de la aplicación del Test y Retest de la escala de ansiedad para niños de Spence.

Análisis descriptivo

Historia actual del problema. RL proviene de una familia nuclear de clase media alta, conformada por sus dos padres y su hermano mayor. Sus padres reportan no haberse presentado complicaciones en el embarazo a término, con parto por cesárea, con un desarrollo psicomotor normal. Ha recibido tratamiento por parte de terapia ocupacional y del lenguaje desde los cinco años hasta los siete de forma intermitente debido a la dislalia y a las dificultades lecto-escritoras que presenta, sin un progreso notorio en la disminución de los síntomas.

A la edad de cuatro años comenzó su actividad escolar en un colegio Bilingüe donde permaneció hasta transición, cambiando de institución al Colegio donde permanece en la actualidad. RL ha tenido una infancia en la que se han satisfecho sus necesidades y donde no se ha presentado maltrato o violencia hacia ella, rodeada del amor de su familia y amigos. Durante el transcurso del cuarto grado se empezaron a hacer evidentes los problemas en el área de español, al haber una disminución en su rendimiento académico, razón por la que el colegio la remite a una evaluación neuropsicológica que permita definir su perfil cognitivo actual y es después de este proceso que se recomienda el inicio de un proceso psicológico.

Estrategias de solución a las problemáticas presentes. De acuerdo a lo referido por los padres de RL, desde los cinco años de edad ha recibido apoyo por terapia ocupacional y del lenguaje de forma intermitente hasta los siete años, sin una mejoría notoria en los síntomas. Pero no se había tomado ningún tipo de medida para los síntomas de ansiedad y la baja motivación hacia la lectura que ha empezado a presentar este año debido a que su rendimiento académico se encontraba dentro de lo adecuado hasta el año pasado, alcanzando las notas suficientes para pasar el año escolar. Al identificarse durante este año las dificultades escolares, se le asignó un refuerzo externo en asesoría de tareas.

Grado de afectación de la problemática en su vida y la de otras personas. RL afirma que desde que empezó a presentar dificultades académicas han aumentado sus obligaciones en el hogar y en el colegio, lo que hace que disminuya el tiempo que dedicaba a distraerse o realizar actividades de su agrado. Los padres de RL refieren que a menudo se

presentan problemas entre ellos debido a las diferencias que tienen en el momento de educar o asignar un castigo, por no existir un acuerdo que les permita manejar las situaciones de la misma manera.

Ciclo vital. RL se encuentra en la etapa de la infancia. Afirma que ha sido una buena etapa, en la que ha compartido muchos momentos con sus padres y hermano que la han hecho sentirse afortunada por la familia que tiene aunque en ocasiones se presentan discusiones con ellos por su comportamiento, debido a que algunas veces no obedece las órdenes o actúa de acuerdo a sus caprichos.

Embarazo. Embarazo a término con parto por cesárea, no se presentaron complicaciones pre, peri o posnatales.

Infancia. RL refiere que su infancia ha sido un proceso de enseñanza e identificación de las características propias en su procedimiento de aprender, teniendo en cuenta los inconvenientes a los que se ha enfrentado desde los primeros años, debido a la presencia de dislalias, dificultades en la lecto-escritura y atencionales, lo que ha generado circunstancias conflictivas cuando no cuenta con las herramientas necesarias para manejar la situación. Pero a pesar de todo esto siempre ha contado con el apoyo de sus padres quienes la alientan para ser mejor cada día y reconocen sus esfuerzos de cambio.

Contexto de funcionamiento.

Desarrollo personal. RL afirma ser una persona amigable, cariñosa y bromista con su familia y amigos, en ocasiones se enoja cuando las cosas no son como las planea. Es perseverante cuando se le presentan dificultades pero al no saber manejar adecuadamente las emociones se deja llevar por la ira o el llanto cuando no encuentra la solución adecuada. Mantiene una autoestima adecuada manejando un autoconcepto centrado en sus propias cualidades, una autoimagen de su cuerpo favorable y una autoeficacia orientada a la confianza en sus capacidades para resolver las dificultades del día a día. Dicho todo esto también reconoce sus debilidades y defectos, pero los ve como aspectos a mejorar y no como características que definen su forma de ser.

Desarrollo social. Las primeras relaciones después de sus padres y familia, las ha desarrollado desde el inicio de su historia académica. Los padres de RL aseguran que su hija tiene facilidad para relacionarse con otros niños de su edad pero presenta dificultades en la habilidad para trabajar bien con sus pares durante las actividades escolares y para relacionarse con personas adultas, principalmente con hombres. Durante la semana, la mayor parte de su tiempo lo utiliza para sus actividades académicas, siendo los fines de semana los espacios más empleados para salidas o encuentros sociales.

En ocasiones organiza pijamadas con sus amigas, salidas a comer o para ir a cine. También realiza actividades con su familia como salir de paseo, a caminar, a piscina entre otras. En algunas ocasiones estuvo en actividades extracurriculares como el patinaje pero que con el tiempo perdió interés en ellas y no continuó.

Desarrollo Familiar. La estructura familiar de RL está conformada por sus padres y hermano mayor, se reúnen ocasionalmente con sus abuelos, tíos y primos. La relación con su padre es buena siendo él quien se encarga de la disciplina y también es él quien comparte más tiempo con ella. Con la madre la relación es buena pero no tiene la misma confianza que tiene con su padre y discute más con ella. RL quiere a su hermano pero constantemente le hace bromas o molesta por lo que se presentan discusiones ocasionalmente. Con los miembros de la familia con los que no se reúne frecuentemente se muestra tímida mientras se adapta a ellos.

Áreas de ajuste.

Área cognitiva. RL presenta pensamientos automáticos negativos como: “No me gusta leer”, “Esa clase no me gusta me parece muy aburrida”. Así mismo ha desarrollado suposiciones distorsionadas ante sus dificultades académicas: “¿Para qué estudio?, Si sé que me va a ir mal en la evaluaciones del colegio” “No quiero ser nada cuando sea grande, mis papás van a cuidarme”. Frente al temor hacia los hombres: “Me dan miedo los hombres porque algunos son malos” y todos estos problemas han configurado auto-esquemas disfuncionales: “Siempre he sido mala para español, por eso no me gusta leer” que le han dificultado poner en prácticas soluciones adecuadas.

Área afectiva. Refiere ser una persona amigable, le gusta compartir con sus amigas y compañeros, pero debido a los problemas actuales en ocasiones presenta episodios de irritabilidad y llanto cuando las cosas no se resuelven adecuadamente o cuando los problemas no se solucionan de la manera adecuada. En ocasiones tiene sensaciones de intranquilidad asociadas a la evaluación de su rendimiento en el área de español, ya que refiere que aunque se esfuerza no ve los resultados en las notas de las evaluaciones.

Área somática. Manifiesta episodios de tensión muscular cuando debe prepararse para una evaluación del área de español que es en la que presenta mayores dificultades. Debido al estrés que le genera en ocasiones recurre a la onicofagia para canalizar su malestar.

Área interpersonal. En esta área refiere completa normalidad para relacionarse con sus compañeros y amigos del colegio, asiste a cumpleaños, reuniones familiares, piscina, cine, salidas a comer, etc. En ocasiones tiene dificultades para el desarrollo de actividades escolares en grupo por diferencias de pensamiento. Su mayor dificultad se presenta al tener que relacionarse con personas adultas y en especial con hombres al haber generado suposiciones distorsionadas sobre lo que puede pasarle.

Área conductual. De acuerdo con lo afirmado por RL cuenta con la capacidad de mejorar sus debilidades en el estudio, pero también es consciente de su apatía frente a la lectura y la evasión de sus actividades de repaso al no encontrarlas atractivas. Así mismo reconoce que no actúa de la mejor manera cuando tratan de ayudarla o le aumentan su horario de estudio ya que deja de hacer actividades más placenteras como ver televisión o entrar al internet. Argumenta que se le da una mayor dimensión a los problemas de lo que son en realidad y que simplemente no ha encontrado la estrategia adecuada para solucionarlos.

Análisis explicativo

Análisis y descripción de las conductas problema. RL presenta un patrón de conducta caracterizado por:

1. Déficit atencional: La consultante tiene dificultades para focalizar la atención en tareas rutinarias y escolares, olvidando muchas veces cual es el sentido de las actividades y entreteniéndose con los estímulos del ambiente.

2. Apatía: La mayor parte del tiempo se muestra poco interesada por las actividades académicas relacionadas con el área de español, en algunas ocasiones expresa no querer estudiar y tener poco interés en un futuro profesional.

3. Patrón de evitación conductual: La consultante evita relacionarse con personas mayores y en mayor medida con hombres debido a creencias distorsionadas que ha generado a partir de lo escuchado por sus pares y amigos.

4. Síntomas de ansiedad: Respuestas fisiológicas (tensión muscular), onicofagia, Intranquilidad y desasosiego.

Identificación de factores de predisposición, adquisición y mantenimiento.

Contexto predisponente. Es todo aquello a nivel biológico, ambiental, contextual o conductual que está relacionado con la aparición de un comportamiento. Para el caso de RL se presentan factores de predisposición genética debido a la presencia de un trastorno afectivo bipolar por parte de la abuela materna; por otra parte un déficit en habilidades de afrontamiento y autocontrol ante las situaciones escolares que requieren un mayor desempeño. De igual manera, las prácticas de crianza ineficientes dirigidas a la estimulación del logro académico.

Contexto de adquisición. Son todas aquellas situaciones de naturaleza biológica, ambiental, conductual o contextual que se relacionan con la adquisición de la conducta problema. Desde temprana edad se identificaron problemáticas relacionadas con el lenguaje (dislalia) y dificultades lecto-escritoras; por lo que la consultante ha asistido desde los cinco años de edad hasta los siete de forma interrumpida a terapia ocupacional sin mejorías aparentes. Pero no es sino hasta el cuarto grado que se toma la decisión de realizar una evaluación neuropsicológica sugerida por el colegio debido a las dificultades que estaba presentando la consultante en el área de español.

Es gracias a este proceso que se identifican los trastornos específicos del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio de déficit atencional en estadio leve y se reconoce la existencia de síntomas de ansiedad-estado, de

acuerdo con Bell-Dollan (1995) la disminución en el rendimiento académico no solo tiene consecuencias en las calificaciones del estudiante, además afecta su autoestima, asimismo, las cogniciones que se puedan desarrollar sobre el problema puede provocar una percepción hostil sobre cualquier situación que se relacione con su malestar, aumentando el riesgo de que se originen o se mantengan los síntomas ansiosos.

Por otra parte RL manifiesta que desde el momento en que se detectó su dificultad en el área de español empezó a recibir más atención de sus padres y una mayor exigencia en sus hábitos de estudio, aparte de tener que ir al psicólogo, lo que ha causado en ella apatía debido al aumento de deberes y a las cogniciones específicas resultado de su situación académica actual y razón por la que frente algunos exámenes presente bloqueos al momento de responderlos al pensar en las posibles consecuencias de una mala calificación. De acuerdo con Jackson & Frick (1998), el estudiante lucha continuamente con situaciones académicas cuyas demandas debe contrastar con sus propios medios; cuando su evaluación de las exigencias del colegio lo hacen concluir que están por encima de lo que puede rendir, se enfrenta a una situación de peligro, la cual es conveniente para justificar su rechazo a la escuela.

Contexto de mantenimiento. En esta categoría se encuentran todas aquellas situaciones que se presentan de manera simultánea a la conducta problema, junto a los procesos motivacionales que incrementan la probabilidad de que esta continúe presentándose y se mantenga en el tiempo. Los síntomas de ansiedad han permanecido hasta el momento debido a no haberse realizado ningún tipo de trabajo dirigido a la disminución de los mismos; toda la atención de la problemática ha sido dirigida a las dificultades de aprendizaje que presenta, las cuales son reforzadas a través de la comprensión de sus padres frente a las evaluaciones perdidas, así mismo la evasión de las actividades de estudio dirigidas al reforzamiento de sus debilidades han conservado la naturaleza de la situación en el tiempo. De esta manera al no tener un control estricto de sus actividades la consultante evita la aparición de pensamientos distorsionados acerca de sus habilidades frente a las situaciones que no ejecuta de manera adecuada, previniendo la aparición de predicciones y expectativas de fracaso.

Formulación

RL es una niña de 9 años que desde el inicio del año escolar 2015, presenta dificultades en la memoria visual, la lecto-escritura y el cálculo cumpliendo los criterios necesarios para considerar un trastorno específico del aprendizaje, los cuales se caracterizan por una dificultad en el contexto académico, cuando la aptitud del niño para desenvolverse en un área escolar determinada, se encuentra por debajo de lo que se espera de acuerdo a la edad, inteligencia y nivel educativo del mismo (Ardila,1997). Situación que se identificó debido al bajo rendimiento en el área de español; lo que ha generado en ella apatía hacia las actividades escolares que están relacionadas con esta asignatura.

Estas dificultades están asociadas con los inconvenientes en las habilidades atencionales – ejecutivas, presentándose una comorbilidad con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad con predominio de déficit atencional en estadio leve. Así mismo, este escenario ha originado la presentación de síntomas ansiosos (Onicofagia, tensión muscular, bloqueo mental) frente a la exposición de situaciones donde se evalúan conocimientos relativos a la asignatura. De acuerdo con lo anterior, Bell-Dollan (1995) aseguran que la disminución del rendimiento escolar afecta diferentes áreas de la vida del estudiante; las cogniciones distorsionadas debido a las dificultades que se le presentan, pueden provocar el mantenimiento y aparición de nuevo síntomas de ansiedad. Además de lo descrito también se presentan algunos problemas en casa, correspondientes a la falta de responsabilidad frente a las labores asignadas, en la organización de estrategias de estudio y por último durante algunos días de cada semana, en la noche se suele pasar a la cama de sus padres.

Tabla 3. Procesos (biológico, aprendizaje, motivación, emoción y afecto)

Procesos	Especificación
<i>Biológico</i>	No tiene diagnósticos médicos. Se encuentra en controles por nutrición debido a que se muestra inapetente durante el desayuno y se encuentra baja de peso.
<i>Aprendizaje</i>	Desde los cuatro años ha presentado problemas en la articulación de palabras debido a la presencia de dislalias “r”. Presenta dificultad para poner en marcha y desplegar mecanismos que le permitan actuar de manera eficiente en función de las demandas del ambiente, debido a la incapacidad de suprimir las distracciones y mantener la atención a pesar del aburrimiento y cansancio.
<i>Motivación</i>	La motivación de la estudiante es terminar el proceso terapéutico y mejorar en el área de español para que disminuyan los deberes y las tareas, de tal manera que pueda invertir el tiempo en las actividades que considera placentera.
<i>Emoción y afecto</i>	Respuesta al afecto: La consultante expresa con facilidad afecto a las personas cercanas en su vida, presenta dificultades con aquellos a los que no conoce muy bien o tiene la confianza suficiente. Emociones: Presenta un estado de ánimo eutímico, pero en situaciones que no le agradan se muestra negativista, apática y en ocasiones se presentan episodios de llanto. Cuando no desea realizar alguna actividad es irritable y temperamental, especialmente si no se hace lo que ella desea.

Impresión Diagnóstica de acuerdo al CIE-10.

Paciente de 9 años, orientada en persona, tiempo y espacio, su edad mental corresponde a su edad cronológica, vestida acorde a su edad y entorno social, su peso está por debajo de lo esperado, estado de ánimo eutímico durante la recepción del caso. Durante algunas sesiones posteriores se mostraba irritada ante el hecho de permanecer en la consulta.

Se considera que la consultante presenta síntomas de ansiedad que se evidencian en comportamientos presentados como: bloqueo mental frente a las evaluaciones, onicofagia, temor frente a las personas mayores en especial hacia los hombres y angustia ante la separación de sus padres en ciertas ocasiones. Lo que ha originado falta de interés hacia el área académica en la que presenta dificultades y una disminución de la atención hacia todo lo que se relaciona con ella. Los síntomas presentados por la niña no cumplen con los criterios suficientes para un diagnóstico de ansiedad.

De acuerdo con la evaluación diagnóstica realizada por la neuropsicóloga a través de las pruebas realizadas se cuentan con los criterios suficientes para sugerir un trastorno de la actividad y la atención, trastorno específico de la lectura, trastorno específico de habilidades aritméticas y otros desordenes del desarrollo de habilidades escolares los que corresponden en el DSM-V a el trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de falta de atención leve y los trastornos específicos del aprendizaje.

Eje I

314.00 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad con predominio de falta de atención leve.

315.00 Trastorno específico del aprendizaje con dificultad en la lectura.

315.2 Trastorno específico del lenguaje con dificultad en la expresión escrita.

315.1 Trastorno específico del lenguaje con dificultad matemática.

Eje II

Diagnóstico ausente

Eje III

E44 Malnutrición

Eje IV

V61.20 Problema de relación con los padres.

V61.8 Problema de relación con los hermanos.

V62.3 Problema académico o educativo.

Eje V

EEAG: 70 (Inicial) Existen algunos síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

Plan de intervención

De acuerdo con el proceso de evaluación y valoración realizado a la consultante se identifica en ella problemas de aprendizaje y de atención lo que ha generado la aparición de síntomas de ansiedad en ella. Debido a los comportamientos y problemáticas identificadas, se determina como intervención psicológica la aplicación de un programa multicomponente, integrado por diferentes técnicas cognitivo-conductuales. Entre estos componentes hay que distinguir entre los que están dirigidos hacia la consultante y los que sirven para instruir y preparar a los padres.

El tratamiento se desarrolló en 13 sesiones de 60 minutos con la consultante y en ocasiones con sus padres, con una frecuencia semanal de una sesión.

Objetivos terapéuticos

- ✓ Disminuir los síntomas de ansiedad presentes.
- ✓ Fortalecer procesos organizativos y de automonitoreo.
- ✓ Modificación de la metodología de estudio e interiorización de rutinas.
- ✓ Presentar un modelo seguro para realizar las actividades generadoras de ansiedad.
- ✓ Aprender a utilizar comentarios para controlar la realización de tareas.

Tabla 4. Plan individualizado de intervención psicoterapéutica.

Conducta/ Problema	Objetivo terapéutico	Actividad	Técnica	Indicador de logro
1.Síntomas de ansiedad: Respuestas fisiológicas (tensión muscular), onicofagia, Intranquilidad y desasosiego	Disminuir los síntomas de ansiedad presentes.	Se enseña a la niña sobre la manera más adecuada de enfrentar sus síntomas ansiosos. Se llevan a cabo ejercicios de respiración y se realiza el ejercicio de relajación de Benson, enseñando los pasos detenidamente para que pueda realizarlos en cualquier situación que lo requiera.	Técnica de relajación y respiración.	Disminución de los síntomas evidenciados en la evaluación realizada. Disminuyen las discusiones de la paciente sobre entrar a la terapia Seguridad y calma al realizar las actividades
2. Apatía: Poco interés por las actividades académicas relacionadas con el área de español, expresa no querer estudiar y tener poco interés en un futuro profesional.	Fortalecer procesos organizativos y de automonitoreo.	Se explica a los padres los pasos para el desarrollo de un programa de economía de fichas. Se informa a la niña sobre el objetivo del programa para obtener su aceptación. Se estableció con los padres un plazo de dos semanas para evaluar el cumplimiento de las tareas. Al verse resultados se mantiene durante un mes más. Al cabo del mes se mantiene el programa pero se ha disminuido progresivamente los reforzadores.	Economía de fichas.	Durante las primeras semanas de la implementación del programa aumentaron los comportamientos establecidos por los padres. De acuerdo a lo referido por los padres aún después de retirar progresivamente los reforzadores, los comportamientos se mantuvieron en el tiempo. Aumentó del dialogo entre los padres y establecimiento de acuerdos sobre cómo actuar en problemas familiares.

Conducta/ Problema	Objetivo terapéutico	Actividad	Técnica	Indicador de logro
3. Déficit atencional: dificultades para focalizar la atención en tareas rutinarias y escolares.	Modificación de la metodología de estudio e interiorización de rutinas.	Se enseña a la niña y a sus padres acerca de la eliminación de estímulos, identificando con ella, todas aquellas conductas conflictivas que no permiten que se concentre y que deseamos eliminar (Ver televisión, entrar a internet, pasar mucho tiempo con el celular). Explicar la importancia del establecimiento de un horario adecuado y permanente de estudio. Indicar a los padres la importancia de la presencia de uno de ellos para que impida la realización de un comportamiento no deseado durante	Control estimular	De acuerdo a lo descrito por los padres se presentó una mejoría en las evaluaciones realizadas por la niña, la cual fue constante durante el desarrollo del proceso terapéutico.

Conducta/ Problema	Objetivo terapéutico	Actividad	Técnica	Indicador de logro
4. Patrón de evitación conductual: evita relacionarse con personas mayores y en mayor medida con hombres.	Presentar un modelo seguro para realizar las actividades generadoras de ansiedad. Aprender a utilizar comentarios para controlar la realización de tareas.	Se explica a la niña el modelamiento encubierto, pidiéndole que se imaginara actuando tal y como ella es durante una situación que la atemoriza y posteriormente que se imaginara en la misma situación pero llevando a cabo un cambio en su conducta para enfrentar de manera adecuada la situación. Se realiza un ejercicio de imaginación guiada con la niña partiendo desde el punto en el que se encontraba al entrar en consulta (Que dificultades están aún presentes, que aspectos no ha podido modificar). Para así mostrarle un camino a través de la experimentación de imágenes mentales cuyo fin era desconfigurar temores y ajustar sus pensamientos. Se enseña a la niña acerca de las autoinstrucciones, partiendo por la definición del problema y cuál es el resultado que se espera, a partir de esto se utilizan comentarios o sugerencias para controlar la realización de conductas, actividad dirigida a la internalización y transformación de esquemas por medio de la repetición de dichos comentarios.	Entrenamiento en autocontrol	Aumento en la participación de actividades tanto en el hogar como en el colegio. Autopercepción de bienestar en situaciones consideradas amenazantes. Empoderamiento de sus actividades y aumento de comportamientos proactivos.

Resultados

Tabla 5. Tabla de resultados.

Objetivo terapéutico No.1: Disminuir los síntomas de ansiedad presentes.			
Sesión	Actividad	Técnica	Resultados
4	Se enseña a la niña sobre la manera más adecuada de enfrentar sus síntomas ansiosos. Se llevan a cabo ejercicios de respiración y se realiza el ejercicio de relajación de Benson, enseñando los pasos detenidamente para que pueda realizarlos en cualquier situación que lo requiera.	Técnica de relajación y respiración.	La consultante ingresa a la consulta totalmente alterada, llorando y con respiración agitada. Al principio se negaba a trabajar sin la presencia de sus padres, refiriendo no querer estar allí y quejándose constantemente todo esto debido al aumento de actividades y atención puesta sobre ella para que mejore su comportamiento y nivel académico. A través del dialogo se logró llegar a un acuerdo para trabajar con ella; debido a su estado de ánimo inicial no manejaba adecuadamente la prosodia y no mantenía el contacto visual durante la charla. Se continuó con un trabajo de relajación, centrado en ejercicios de respiración profunda, para aumentar la tranquilidad de la niña y posteriormente se le explica el ejercicio de relajación de Benson. Para llevar esto a cabo se le indicó que se acomodara en una pose cómoda, cerrara los ojos y eligiera una palabra que fuera de su agrado. Antes de la realización del ejercicio se realizó un modelado para que quedaran claras las instrucciones que debía llevar a cabo. Mientras la consultante mantenía los ojos cerrados se le guiaba, mediante orientaciones para que relaje los músculos y respire profundamente y así durante cada exhalación repitiera la palabra escogida anteriormente, primero en voz alta y posteriormente de forma mental; sugiriendo que deseché cualquier pensamiento que la pudiera distraer. En las sesiones posteriores se realizaba el ejercicio al iniciar pero de forma más corta para continuar con el proceso terapéutico. La técnica permitió que la consultante sobrelleva de una forma adecuada la situación de estar en proceso terapéutico, así como enfrentar las situaciones de su día a día de manera acorde a las exigencias del ambiente de acuerdo a lo referido por sus padres.

Objetivo terapéutico No.2: Fortalecer procesos organizativos y de automonitoreo.

Sesión	Actividad	Técnica	Resultados
5-10	Se explica a los padres los pasos para el desarrollo de un programa de economía de fichas. Se informa a la niña sobre el objetivo del programa para obtener su aceptación. Se estableció con los padres un plazo de dos semanas para evaluar el cumplimiento de las tareas. Al verse resultados se mantiene durante un mes más. Al cabo del mes se mantiene el programa pero se han disminuido progresivamente los reforzadores.	Economía de fichas	Se lleva a cabo con los padres la sesión proporcionándoseles las pautas y principios para modificar el estilo de enseñanza dirigidos a fortalecer los procesos de organización y desarrollo de deberes. Después de explicar los criterios y las indicaciones para poner en marcha la economía de fichas, se resuelven las dudas que aún quedaban al respecto y a través de ejemplo se demuestra el funcionamiento del programa. Al principio les costó a los padres el ponerse de acuerdo en la elaboración de la economía de fichas, debido a obligaciones personales. Al poner en práctica el programa empezaron a notar cambios sutiles en el comportamiento de su hija los cuales se iban acentuando a medida que pasaba el tiempo. En el momento en que los comportamientos favorables aumentaron y los problemáticos disminuyeron se inició con el proceso de sustitución de los reforzadores de forma gradual hasta que se retiró completamente la economía de fichas. Al finalizar el proceso los comportamientos esperados se mantuvieron y la necesidad de reforzadores no se hizo necesaria para su presentación de acuerdo a lo referido por los padres de la consultante.

Objetivo terapéutico No 3: Modificación de la metodología de estudio e interiorización de rutinas.

Sesión	Actividad	Técnica	Resultados
6	Se enseña a la niña y a sus padres acerca de la eliminación de estímulos, identificando con ella, todas aquellas conductas conflictivas que no permiten que se concentre y que deseamos eliminar (Ver televisión, entrar a internet, pasar mucho tiempo con el celular). Explicar la importancia del establecimiento de un horario adecuado y permanente de estudio. Indicar a los padres la importancia de la presencia de uno de ellos para que impida la realización de un comportamiento no deseado durante	Control estimular	A diferencia de las primeras sesiones la consultante es capaz de trabajar sin preocuparse de sus síntomas ansiosos. Al indagar con la paciente y con sus padres sobre las estrategias y métodos de estudios utilizadas para que la menor realice sus actividades escolares, es evidente una inconsistencia en los roles que toman los padres para el desarrollo de estas actividades por lo que no hay un proceso adecuado de estudio y preparación de la evaluaciones. A medida que avanza el proceso aumenta su rendimiento escolar, participación en clase, la responsabilidad en los deberes y actividades escolares. Se observa un incremento progresivo en el área de mayor dificultad (español) pasando de calificaciones de 1 punto a 3 y posteriormente a 6. Aun cuando la mayor parte del año escolar presentó problemas en su desempeño en las clases de español, logró recuperarse y pasar al grado siguiente de acuerdo a lo descrito por los padres.

Objetivo terapéutico No 4: Presentar un modelo seguro para realizar las actividades generadoras de ansiedad.			
Sesión	Actividad	Técnica	Resultados
7-9	Se explica a la niña el modelamiento encubierto, pidiéndole que se imaginara actuando tal y como ella es durante una situación que la atemoriza y posteriormente que se imaginara en la misma situación pero llevando a cabo un cambio en su conducta para enfrentar de manera adecuada la situación. Se realiza un ejercicio de imaginación guiada con la niña partiendo desde el punto en el que se encontraba al entrar en consulta (Que dificultades están aún presentes, que aspectos no ha podido modificar). Para así mostrarle un camino a través de la experimentación de imágenes mentales cuyo fin era desconfigurar temores y ajustar sus pensamientos.	Entrenamiento en autocontrol	Al principio el ejercicio de imaginación resulta complicado para la paciente, pero gradualmente empieza a realizarlo de forma correcta. Al ser una niña creativa, relataba las situaciones con el mayor número de detalles, sobre el lugar, las personas, el clima, la hora, sus emociones y sus respuestas frente a la situación que se presentaba para la realización de la prueba. Es importante señalar que se presentó un decremento en la respuesta de ansiedad después de realizar la intervención y permitió comprender a la consultante que puede ser una parte activa en su proceso. Al finalizar las actividades indica una autopercepción de bienestar en situaciones consideradas amenazantes.

Objetivo terapéutico No 5: Aprender a utilizar comentarios para controlar la realización de tareas.

Sesión	Actividad	Técnica	Resultados
11-12	Se enseña a la niña acerca de las autoinstrucciones, partiendo por la definición del problema y cuál es el resultado que se espera, a partir de esto se utilizan comentarios o sugerencias para controlar la realización de conductas, actividad dirigida a la internalización y transformación de esquemas por medio de la repetición de dichos comentarios.	Entrenamiento en autocontrol	La consultante se presenta a la sesión atenta, interesada y dispuesta a realizar los ejercicios, se presentaron con menor frecuencia distracciones con el ambiente. Llevó a cabo las instrucciones, cumpliéndolas de acuerdo a las órdenes establecidas. Su estado de ánimo fue estable y sus síntomas de ansiedad controlados. Al principio fue para ella complicado desarrollar las autoinstrucciones al no haber realizado antes este tipo de actividad, a medida que comprende su desarrollo, se hace cargo de llevarlo a cabo durante la consulta. Después de realizarlo durante actividades reales, menciona algunas dificultades para dirigir sus pensamientos debido a distractores del ambiente, pero a medida que repetía el ejercicio en su cotidianidad, se hizo más sencilla su ejecución de acuerdo a lo descrito por ella.

Resultados del seguimiento en la evaluación de la actividad global EAG

De acuerdo con la figura 3, correspondiente a la evaluación de la actividad global de RL durante el tratamiento desarrollado se evidencia una evolución constante, registrándose variaciones que reflejan los resultados obtenidos mediante el programa multicomponente de técnicas cognitivo conductuales que se llevaron a cabo y demuestran el compromiso por parte de la consultante en busca de solucionar los comportamientos problemáticos que la llevaron a iniciar el proceso terapéutico. En las sesiones 11 y 14 se evalúa en cero debido a inasistencia por excusa médica.

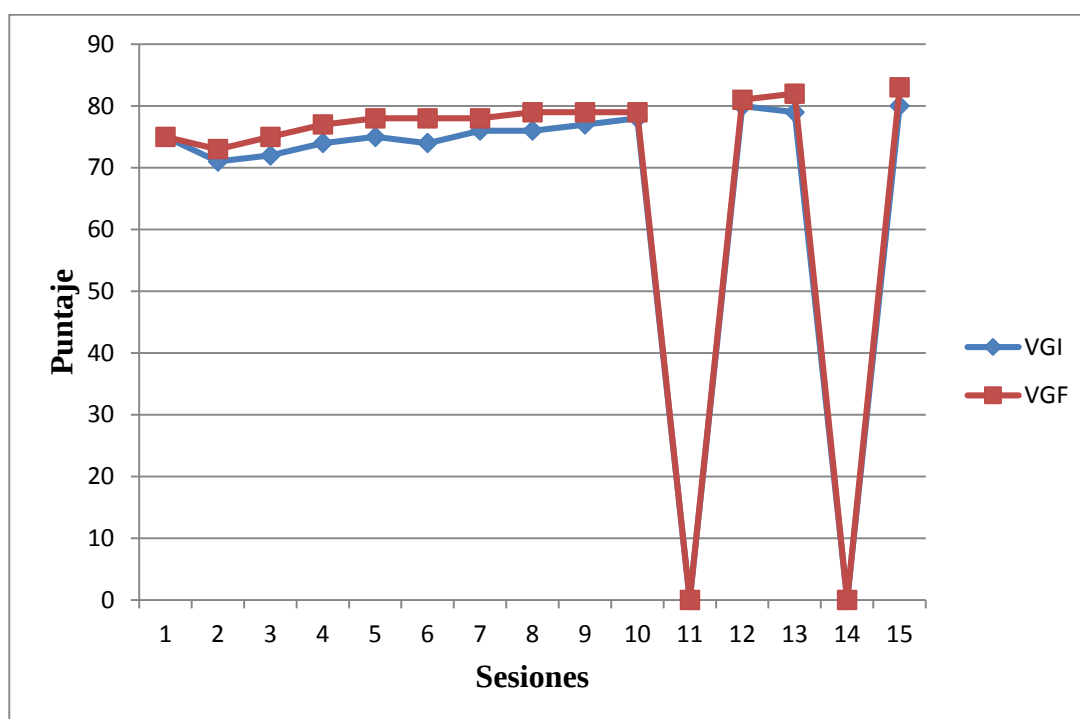


Figura 3. Evaluación de la actividad global.

VGI= Valoración Global Inicial; VGF= Valoración Global Final.

DISCUSIÓN

Fernandez (2002) citado por Moreno (2015) señala que:

El Comportamiento durante la Infancia, como periodo evolutivo de interés, es un tanto predilecto, principalmente por la dificultad que concierne su análisis, así como por la escasa bibliografía científica al respecto. Aún más si se considera que no es hasta muy reciente cuando esta etapa del ciclo vital no ha sido considerada como algo valioso y fructífero en sí mismo, tal cual digno de estudio operativo, holístico y cognoscitivo (Moreno, 2015, p.p. 28-29).

Durante el proceso de crecimiento los niños desarrollan aprendizajes que gradualmente se hacen más complejos, los cuales construyen su forma de pensar, actuar y sentir y se transforman de acuerdo a la edad cronológica, de igual manera se interiorizan las reglas del contexto inmediato. Sin embargo algunos comportamientos que corresponden a una edad anterior pueden seguir presentándose, hasta que los adultos intervienen para su desaparición. A pesar de lo expuesto hay comportamientos problemáticos que se prolongan en el tiempo, intensificando su presencia y gravedad (López-Rubio, 2012). Es por esto que se reconoce la importancia de la identificación temprana de problemáticas psicológicas infantiles. Además se ha comprobado la efectividad de las intervenciones cuando estos comportamientos aún están comenzando (Sabriá, 2008).

En el caso de RL desde temprana edad se detectaron problemas relacionados con el aprendizaje, a los que no se les brindó la atención adecuada debido a que estas dificultades no sobrepasaban las capacidades de la consultante. Solo cuando la situación empeoró evidenciándose por problemas en el desempeño académico, percibieron la complejidad de la situación. Es en ese momento que los padres deciden buscar acompañamiento psicológico preocupados por su futuro escolar. Lo anterior se presenta debido al desconocimiento existente sobre la necesidad de identificar y ocuparse de los problemas de salud mental desde la infancia (Caraveo, Mas, 1990).

En un principio la atención se centró en los problemas de aprendizaje y de atención, no fue hasta que se realizó una evaluación más detallada que se identificaron síntomas de ansiedad relacionados con el mantenimiento de la problemática académica. Aunque en

algunas investigaciones anteriores se considera a la ansiedad como un factor favorecedor del rendimiento escolar (Tejero, 2006), “ya que la presencia de niveles moderados genera una actitud de alerta, pero si los niveles sobrepasan la capacidad del individuo de controlarlos, estos obstaculizarán su desempeño” (García-Fernández, Martínez-Monteagudo, Inglés, J. 2013, p.73).

En este caso la inconsistencia por parte de la consultante frente a sus responsabilidades y el escaso autocontrol ante las mismas, generaban un aumento de los síntomas, originando en RL conductas evasivas ante las situaciones demandantes y de igual manera produce en ella pensamientos distorsionados que fortalecen los esquemas de inutilidad frente a las exigencias en el ámbito familiar y escolar acerca de su desempeño. De acuerdo con Richards (2005) “La persona no solo debe sobrellevar la presión de lo que representan los deberes en sí mismos, sino también el peso que conlleva ser capaz o no de dominar los problemas” (p.30). Razón por la cual la intervención se dirige en primer lugar a aminorar el sentimiento de malestar a través de la relajación, con el fin de promover un cambio en la actitud previa a la presentación de eventos considerados amenazantes y disminuir la tendencia a sobredimensionar de forma negativa las posibles consecuencias.

El siguiente componente del programa de técnicas cognitivo conductuales fue la implementación de un programa de economía de fichas orientado a la incorporación de un repertorio de conductas enfocadas a servir como herramientas frente a las exigencias diarias a las que se enfrentaba la consultante permitiendo a los padres corroborar el cumplimiento de los cambios por medio de los reforzadores utilizados. Programa que aunque no es aconsejable utilizar sin antes haber considerado otros métodos (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1983). Funcionó perfectamente aun cuando se llevaba a cabo la fase de desvanecimiento y además permitió una participación activa de los padres de la consultante durante su tratamiento.

Al pasar a las técnicas finales dirigidas al autocontrol, el empleo del modelamiento encubierto posibilitó el uso de un mecanismo agradable para los niños: la imaginación. Ya que gracias a la facilidad de estos para utilizarla, “dado su limitado sentido de la realidad y a su singularidad y conciencia en desarrollo” (Diesing, 1973 citado por Quiñones et al,

2004, p.3), proporcionó la oportunidad de que la niña se enfrentara a las situaciones amenazantes, brindándole la oportunidad de elaborar un plan seguro para llevarlas a cabo.

Como componente final del proceso se utilizaron las autoinstrucciones, técnica que aunque en un principio resultó difícil de entender, a medida que se desarrollaba y mediante la realización de ejemplos, gradualmente la asimiló la consultante. La cual resultó beneficiosa para lograr aumentar la concentración de RL por un periodo de tiempo mayor si se compara con las primeras sesiones del proceso. Estas técnicas como conjunto lograron un incremento de comportamientos esperados en RL, quien se hizo consciente de su responsabilidad para alcanzar las metas propuestas al iniciar con el proceso terapéutico; de igual manera los padres entendieron la importancia del establecimiento de reglas claras para que su hija realice los deberes sin la necesidad de supervisión. Cabe señalar que el tratamiento no termina con la finalización de la intervención, tanto RL, como sus padres comprenden que el mantenimiento de los resultados dependerá del uso adecuado de los recursos y herramientas aprendidas durante las sesiones y que las dificultades siempre estarán presentes pero estas no serán un problema si fortalecen sus habilidades de afrontamiento como familia. Es importante resaltar el papel fundamental que ejercen los padres dentro del proceso, quienes al ajustar su estilo de crianza por un control moderado de paternidad junto a altos niveles de afecto, contribuyeron a su transformación en agentes responsables en el desarrollo de las capacidades de sus hijos (Moore, 1997).

La importancia de este estudio de caso radica en los resultados obtenidos, los cuales reflejan una disminución de la sintomatología ansiógena y una mejoría del rendimiento escolar, lo que podría considerarse producto de un mayor control de las situaciones que antes eran consideradas como amenazantes, de igual modo el aprendizaje de estrategias adecuadas a sus habilidades motivó un despliegue de habilidades cuyo objetivo no se centró en el aumento de las calificaciones, sino en el fortalecimiento de su imagen frente al mundo.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la experiencia desarrollada en la práctica clínica en el Centro de Proyección Social Su Santidad Papa Francisco del municipio de Piedecuesta donde se habilitó un espacio idóneo para el ejercicio de las funciones inherentes al profesional de psicología, facilitó la puesta en práctica de todos aquellos saberes y

habilidades obtenidos durante el proceso de formación como profesionales y especialistas; Pero no solo contribuyó a la construcción de conocimientos teóricos y prácticos, también posibilita el acercamiento a la comunidad a la que se ofrece el servicio. Dicho esto se observa que parte de la población se acerca al servicio solo con la intención de obtener un certificado sin buscar una solución verdadera a sus dificultades. De igual manera el no obtener resultados inmediatos a los problemas, así como el tener que desarrollar un procedimiento gradual para llegar a la solución es uno de los desmotivadores percibidos. Otro aspecto observado en los adolescentes es el temor de que se genere una etiqueta o diagnóstico generalmente por asociar incorrectamente a la psicología con locura, una de las razones por las que no concluyen con su proceso.

Pero no solo a los consultantes se les dificulta salir sin una etiqueta; cuando se realiza un trabajo con un grupo interdisciplinar, a los profesionales de otras áreas de la salud se les problematiza el hecho de que el psicólogo no genere un diagnóstico clínico del paciente cuando no lo considera necesario, en aquellas situaciones en las que la persona presenta síntomas, pero no cumple con los criterios necesarios para ser diagnosticado con un trastorno mental. En diferentes ámbitos en los que el psicólogo ejerce su trabajo clínico se simplifica la importancia de su labor a la generación de diagnósticos que sustenten su función en el ambiente; donde no se tienen en cuenta los aspectos parciales de la situación, sino la consolidación de un problema, enmarcando a las personas en un trastorno, el cual se convertirá en el referente más importante al momento de hablar de esta persona. En la mayor parte de los casos, las no coincidencias entre los estereotipos y las creencias generales en una persona de acuerdo a su cultura son los aspectos a incluir o excluir en términos de normalidad; es decir sus representaciones sociales y sus características.

Para finalizar, el haber optado por el modelo cognitivo conductual para el desarrollo de la práctica clínica, posibilitó que como terapeuta se hicieran visibles las habilidades para llevar a cabo el trabajo de intervención, así mismo permitió que las debilidades fueran identificadas para fortalecerlas mediante la formación e investigación constante, ya que dicho modelo cuenta con un sinnúmero de conocimientos y herramientas que benefician a quien se aventura a tomarlo como instrumento de trabajo, considerando que los

aprendizajes y estrategias resultados del modelo se mantienen, facilitando así la resolución de las posibles situaciones problemáticas que se presenten en el futuro.

REFERENCIAS

- Ardila, A. (1997). Trastornos específicos del aprendizaje. En M. Roselli, A. Ardila, D. Pineda & F. Lopera (Eds.). *Neuropsicología Infantil* (pp. 155-185). Medellín: Prensa Creativa.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM. (pp. 33-39). Madrid : Ed. Médica Panamericana.
- Bell-Dollan, D.J. (1995). Social cue interpretation of anxious children. *Journal of Clinical Child Psychology* 24: 2-10.
- Caraveo, A, Mas, C. (1990). Necesidades de la población y desarrollo de servicios de salud mental. *Salud Publica de México*, 32, 523-531. Recuperado de: <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F106%2F10632503.pdf>
- Caraveo-Anduaga, Jorge Javier, Colmenares-Bermúdez, Eduardo, & Martínez-Vélez, Nora Angélica. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44 (6), 492-498. Recuperado en 11 de mayo de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000600001&lng=es&tlng=es.
- Crane, A. Campbell, M. (2010) “Una Comparación Transcultural de síntomas de la Ansiedad entre niños Colombianos y Autralianos” School of Learning and Professional Studies, Queensland University of Technology, Brisbane. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. Editorial EOS.
- Essau, C. A., Muris, P., y Ederer, E. M. (2002). Reliability and validity of the Spence Children's Anxiety Scale and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 1-18.
- García-Fernández M. Martínez-Monteagudo, María C. Inglés, J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista beroamericana de Psicología y Salud*, vol. 4, núm. 1, pp. 63-76.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S.H., González, M.J., MartínezGuerrero, J.I., Aguilar, J., y Gallegos, J. (2008). Spanish version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS). Unpublished manuscript.

- Hernández, G. (2011). El consentimiento informado en psicología, una reflexión personal. Recuperado de: http://www.colpsic.org.co/aym_image/files/DOC_EL_CONSENTIMIENTO.pdf.
- Jackson, Y. & Frick, P. (1998). Negative Life Events and the Adjustment of School Age Children: Testing Protective Models. *Journal of Clinical Child Psychology* 27, 4: 370-380.
- Jara T. Sonia (2008). Técnicas de relajación e imaginación. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. Universidad de Chile. 5. Recuperado de: https://www.u-cursos.cl/medicina/2008/1/MPSQUI5/2/material_docente/bajar?...
- Labrador, F. Cruzado, J. Muñoz, M. (2006). Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Piramide. Madrid, 532-592.
- López- Rubio Martínez, S. (2012). Prácticas de crianza y problemas de conducta en preescolares: Un estudio transcultural. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Recuperado de: <https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fdigibug.ugr.es%2Fbitstream%2F10481%2F29395%2F1%2F21009016.pdf>.
- Martínez-Monteagudo M, García Fernández J, Ingles C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 1, 48. Recuperado de: <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/346/relaciones-entre-ansiedad-escolar-ansiedad-ES.pdf>.
- Moore, S. (1997). El papel de los padres en el desarrollo de la competencia social. En: <http://ericece.org/pubs/digests/1997/moor97s.html>.
- Moreno, M. (2015). Estudio transversal y longitudinal del comportamiento en infancia temprana e interacción parental. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.
- Nauta, M. H, Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., y Waters, A. (2004). A parent-report measure of children's anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813-839.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. 2016, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.

- Planes, M. (1992). Eficacia de las terapias conductuales en el tratamiento de la migraña. *Revista de psicología general y aplicada*, 45(2), 192. Recuperado de: Dialnet-EficaciaDeLasTerapiasConductualesEnElTratamientoDe-2378299.pdf.
- Quiñones Varela, Irene Sofía, & Mapolón Arcendor, Yolanda. (2004). Creación de una técnica psicoterapéutica para niños. *Humanidades Médicas*, 4(2) Recuperado en 08 de julio de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202004000200004&lng=es&tlng=es.
- Richards, L. (2005). Ansiedad y rendimiento en adolescentes Escolares. Una alternativa de acción. *Revista de la escuela de psicología. Facultad de filosofía y educación. Pontificia universidad católica de Valparaíso*. Vol. 4, 27-32. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/22/22>.
- Sabrià, J. (2008). Historia clínica y detección precoz de los problemas emocionales y de conducta en la infancia. *Pediatría Integral*, 12, 847-854.
- Sans A, López A, Colomé R, Boix C & Sanguinetti A. (2013). Trastornos del aprendizaje. Barcelona: Hospital Universitario Sant Joan de Déu. . 37-38. Recuperado de http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-169-fichero/10_curso_Trastornos%20del%20aprendizaje_anna%20sans%20fito.pdf.
- Servera, M. (2005). Modelo De Autorregulación De Barkley Aplicado Al Trastorno Por Déficit De Atención Con Hiperactividad: Una Revisión. *Revista de neurología*. 40. 358. Recuperado de www.researchgate.net/...Barkley's...deficit.../0fcfd50eafca07e8a000000....
- Spence, S, Barrett, P., y Turner, C. (2003). Psychometric properties of the Spence children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 607-625.
- Sommer A, Katerina, Abufhele M, Marcela, Briceño A, Ana Marina, Dávila D, Anamaría, Barreau V, Michelle, Castro M, Sonia, Ebel F, Carolina, Oltra H, Sandra, & Correa D, Alfonso. (2013). Intervención de salud mental en niños expuestos a desastre natural. *Revista chilena de pediatría*, 84(1), 59-67. Recuperado en 11 de mayo de 2016, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062013000100007&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0370-41062013000100007.
- Sulzer-Azaroff, B., y Mayer, G. R. (1983): *Procedimientos del análisis conductual aplicado en niños y jóvenes*. Mexico. Trillas (Original, 1978).
- Tejero, C. M. (2006). Temores vinculados a la vida escolar en estudiantes de secundaria: Un estudio empírico. *Organización y Gestión Educativa*, 14, 26-29.

Valiente R, Sandín B & Chorot P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: relación con la sensibilidad a la ansiedad, el rasgo de ansiedad, la afectividad negativa y la depresión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Volumen 7. Número 1, p. 62. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3922/3777>.

ANEXOS

Anexo 1. Recepción de Caso y Consentimiento Informado

 Universidad Pontificia Bolivariana RECIBIRAL RECOMENDADA	UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA CENTRO DE PROYECCIÓN SOCIAL FORMATO DE RECEPCIÓN DE CASO - MENORES ☐ Consulta Particular ☐ Remitido
---	--

Fecha de Recepción:	# de Historia Clínica:
Servicio que Solicita: ☐ Evaluación psicológica ☐ Psicoterapia Individual ☐ Psicoterapia de Pareja ☐ Psicoeducación	

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Nombre del Paciente:				Número de Cédula
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Género: ☐ M ☐ F	Escolaridad:	Ocupación:
Estatus de Empleo: ☐ Empleado Tiempo Completo ☐ Empleado Tiempo Parcial ☐ Desempleado ☐ Estudiante				
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo			¿Tiene lujos? ☐ Si ☐ No	
Dirección:		Estrato: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 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. ¿Que 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:									
☐ Muy bajo ☐ Bajo ☐ Moderado ☐ Alto ☐ 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 estudiante (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	Con todos los días	Síntoma	Nunca	Rara vez	Algunas veces por mes	Con 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 un 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 privacidad del estado y del Código 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 acuerda 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.

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 cuotas 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.

INFORMACION 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 mi representado/a, _____, con número de identificación _____ 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 Acudiente _____

Firma del Acudiente _____

Fecha _____

FICHA DE ASIGNACION 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	:

Anexo 2. Historia Clínica

[illegible]

6. DESARROLLO DEL LENGUAJE					
Balbupear		Primeras Palabras		Frases Completas	
Observaciones del Desarrollo del Lenguaje					
7. ESCOLARIDAD					
Edad de ingreso a Institución educativa					
Descripción del proceso de adaptación					
Rendimiento Escolar:	Bueno		Regular		Deficiente
Cursos Reprobados					
Áreas de dificultad					
Relación con maestros					
Relación con pares y compañeros					
Cambios de Colegio					
Observaciones sobre Escolaridad y área social (Pertenece a algún grupo)					
					Folio No.

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 3. Informe Neuropsicológico

INFORME DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA CENTRO MEDICO SINAPSIS IPS

Nombre: R L
Edad: 9 años 3 meses
Fecha de Nacimiento: 14/03/06
Nivel Educativo: Cuarto Primaria
Institución Educativa: Fundación Colegio UIS
Dominancia Manual: Diestra
Acompañante: Blanca Caro (mamá) - Carlos Lizcano (papá)
Remitido por: Sugerencia del Colegio
Fecha de Evaluación: Julio 4, 11 y 15 de 2015

Motivo de consulta:

Remitida al colegio para realizar evaluación neuropsicológica que permita definir su perfil cognitivo actual.

Antecedentes/Situación Actual:

Paciente de 9 años 3 meses de edad, natural y procedente de Floridablanca, diestra, estudiante de cuarto primaria en el colegio FUNDEUIS. Ocupa el segundo lugar en una familia de dos hijos (hermano de 13 años). Vive con los padres y hermano. El padre es controlador de tránsito aéreo y la madre es docente de Técnico Laboral en la Primera Infancia.

Comentan los padres en la entrevista que la menor ha presentado dificultades en el aprendizaje, en la comprensión lectora, para hacer inferencias y en redacción (cohesión). No hay antecedentes de fracaso escolar. Las dificultades se han presentado desde el inicio de la actividad escolar. En el colegio al parecer notan rasgos de ansiedad (Ej. Onicofagia), inseguridad y dificultad para concentrarse. Este año se encuentra con refuerzo externo en asesoría de tareas. A pesar de preparar las evaluaciones los resultados no son los esperados.

Personales: embarazo a término con parto por cesárea por cesárea previa, niegan complicaciones pre, peri o posnatales. Desarrollo psicomotor dentro de parámetros de normalidad. En el lenguaje produjo las primeras palabras a los 12 meses y frases (no recuerdan con exactitud), lenguaje dislábico por dificultad en el fonema /r/, requiriendo terapias.

Escolares: inició la actividad académica a los 4 años en el colegio Bilingüe Yikanda, en donde estuvo hasta transición. Desde el inicio de la primaria en el colegio Fundeuís. Evidencian baja motivación por la lectura. En el colegio trabaja en clase y cumple con sus responsabilidades.

Síntomas Físicos: adecuado patrón de sueño, se pasa frecuentemente a la cama de los padres. En alimentación se muestra inapetente, en controles por nutrición por encontrarse baja de peso.

Terapéuticos: ha recibido apoyo por terapia ocupacional y del lenguaje (Pallana) de forma intermitente desde los cinco años hasta los 7 años, por la presencia de dislalias /r/, dificultades lecto escritas y atencionales, sin mejoría notoria en la sintomatología.

Funcionalidad:

ABC: independiente. En el hogar se encuentran establecidas rutinas en actividades básicas cotidianas las cuales cumple sin dificultad. Adecuada interacción con pares, con adultos se muestra tímida. Los padres usan la supresión de privilegios y ocasionalmente castigos físicos para el manejo conductual. No se encuentra asistiendo a actividades extracurriculares.

Estado de ánimo o conducta: irritabilidad y en ocasiones "le contesta" a los padres.

Antecedentes Personales: baja de peso.

Antecedentes familiares: abuela materna con TAB, hermano con bajo rendimiento académico.

Medicación Actual: ninguno.

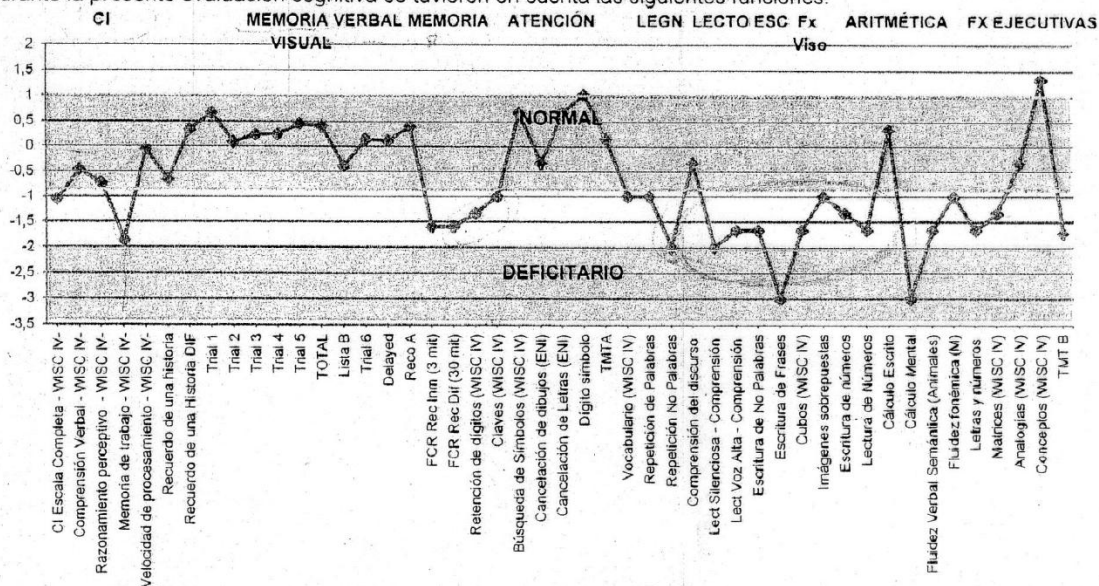
Observación Comportamental

La menor asiste puntualmente a la cita, ingresa al consultorio por sus propios medios, adecuadamente arreglada y en compañía de los padres. La evaluación se realizó en tres sesiones, programadas en tres días diferentes. En el comienzo de las dos primeras sesiones se mostró negativista y en un momento presentó llanto al tener que separarse de sus padres y por no querer ejecutar las actividades propuestas, siendo necesario contar con la presencia del padre o la madre, sin embargo posteriormente logra adaptarse a la situación de evaluación. Su lenguaje fue fluente, no se observan anomalías articulatorias de forma frecuente, ocasionalmente dificultad con trabadas, con prosodia y expresión facial normal.

Pruebas Administradas

- Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Cuarta Edición - WISC IV
- Subtests de la batería ENI- Evaluación Neuropsicológica Infantil
- Trail Making A y B
- Escala Multimodal de la Conducta EMC (Padres, profesores y autoinforme)
- SNAP IV

Durante la presente evaluación cognitiva se tuvieron en cuenta las siguientes funciones:



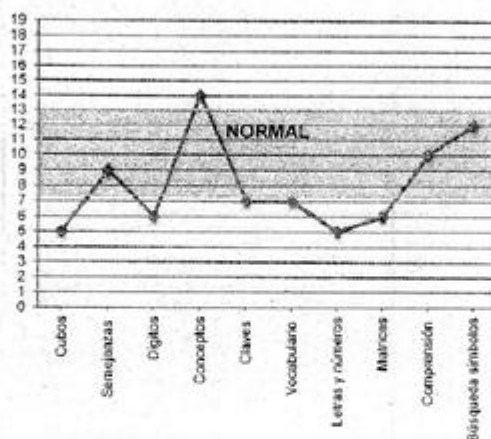
Se consideran bajos aquellos puntajes que se encuentren más de un desvío por debajo de la media (-1) y en déficit aquellos puntajes que se encuentren dos desvíos por debajo de la media (-2)

RESULTADOS

FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

En la escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-IV), R obtuvo una **puntuación total (CIT) de 84***, que la sitúa psicométricamente en una clasificación **Normal baja** de **Cociente Intelectual**, con un nivel de confianza del 95 % el CI real podría estar ubicado entre el rango 78 – 91.

	PUNTUACIÓN COMPUESTA	Desempeño
Comprensión Verbal	93	Normal
Razonamiento Perceptivo	89	Normal bajo
Memoria de Trabajo	72	Inferior (límite)
Velocidad de Procesamiento	90	Normal
CI Total	84	Normal Bajo



a) Análisis Cualitativo

Índice de Comprensión Verbal (ICV):

La puntuación total en esta escala (ICV: 93) se ubica psicométricamente en una clasificación **Normal** según lo esperado para la edad. Se observan respuestas dentro de la media en los subtests de *Comprensión* y *Vocabulario*, que sugieren una adecuada capacidad para dar soluciones verbales ante situaciones sociales hipotéticas y al realizar juicios prácticos, al igual que en conceptualización y en denominación de estímulos comunes, se observan buenos procesos de nominación, define palabras por características específicas o por función y en ocasiones logra llegar a la categoría a la cual corresponde. Por el contrario, el puntaje en el límite inferior normal en el subtest de *Semejanzas* muestra leve dificultad para seleccionar y verbalizar relaciones apropiadas entre objetos y conceptos aparentemente distintos según lo esperado para la edad cronológica y nivel educativo.

Índice de Razonamiento Perceptual (IRP):

El puntaje obtenido en esta escala (IRP: 89) se ubica en una clasificación **Normal baja** según lo esperado para la edad y nivel educativo. Se observa una óptima coordinación visomotora y en razonamiento no verbal. Presentó leve dificultad para manejar relaciones espaciales y en tareas que requieren sintetizar y recomponer un patrón geométrico abstracto en uno tridimensional. Frecuentemente cometió errores por descuido.

* Las puntuaciones ideales deben estar entre 8 y 13 ó entre 85 y 115; cualquier puntuación por debajo de estos rangos muestra déficit en el proceso específico; de igual forma cualquier puntuación por encima de este rango muestra indicadores de potenciales en los procesos respectivos.

Índice de Memoria de Trabajo (IMT):

El puntaje total (IMT: 72) se ubica en una clasificación **inferior (límite)**. R pudo retener mentalmente cuatro dígitos de forma directa y dos dígitos de forma inversa (el volumen esperado es 7 ± 2). A su vez en el subtest de números y letras, tarea que requiere ordenar los dígitos y letras mencionados, su desempeño fue bajo.

Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP):

La puntuación obtenida en esta escala (IVP: 99) se halla en un rango **Normal**. Se asocia este resultado a una adecuada capacidad para rastrear y discriminar de forma rápida información visual simple y en actividades de límite de tiempo en las que R puede llegar a necesitar más tiempo que el establecido para favorecer la culminación de las mismas.

DESTREZAS MOTORAS:

Finas: Presenta dominancia manual diestra con ejecución de pinza trípode.

Gnósias Auditivas: Presenta habilidades para ubicar la direccionalidad de la fuente sonora.

Gnósias Visuales: Se evidencian registros visuales que parten de lo específico a lo general con baja organización gráfica durante la localización de estímulos, en ocasiones presenta omisión de detalles durante la copia de modelos complejos, que incide en la codificación y evocación de la información trabajada.

- Atención

La habilidad para dirigir la atención hacia estímulos específicos (auditivos y visuales) fue adecuada (atención focalizada).

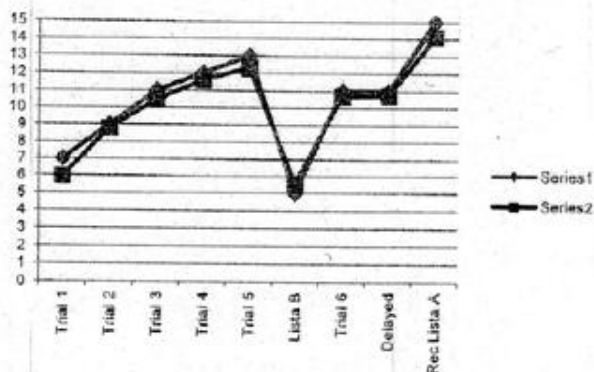
La atención sostenida en la modalidad auditiva, evaluada mediante la repetición de dígitos directos se encuentra descendida, estas tareas requieren repetir cadenas numéricas presentadas oralmente en orden directo, R pudo retener sin errores cuatro dígitos (el volumen esperado para la edad es de 7 ± 2), de acuerdo con esto el span atencional no le permite atender a una cantidad de información suficiente, por lo que no logra mantener su atención el tiempo requerido según la tarea, se observó durante la evaluación que con frecuencia R pierde las consignas, siendo necesario repetirlas, este aspecto fluctúa de acuerdo a la motivación frente a la tarea y la fatiga y su ritmo de ejecución disminuye en tareas relacionadas con estímulos auditivos y visuales demandándole más recursos atencionales.

La atención sostenida en la modalidad visual fue variable, no mostró dificultad para rastrear información visual, aunque en ocasiones lentificación en la velocidad de ejecución. La velocidad de procesamiento en la tarea de secuenciación TMT A (21 segundos) fue normal, según lo esperado para la edad cronológica.

Se concluye, que la principal dificultad de R a nivel atencional, está en el control atencional y en la posibilidad de alternar el foco eficazmente, ya que la exigencia a nivel de control cognitivo no se lo permite. Se relaciona con esto la dificultad para poner en marcha y desplegar mecanismos que le permitan actuar de una manera eficiente en función de las demandas del ambiente, específicamente en la supresión de las distracciones (internas y externas), la inhibición de respuestas inapropiadas y la capacidad para mantener la atención a pesar del cansancio y/o el aburrimiento, según lo esperado para la edad cronológica.

- Memoria

R mostró un desempeño promedio en el recuerdo inicial de una lista supraspan de 15 palabras (RAVLT Ensayo 1: 7/15), con la exposición repetida al material, logró retener información adicional presentando una curva de aprendizaje ascendente (Ensayo 5: 13/15) y poco eficiente (Total 1 - 5: 52/75) según lo esperado para la edad y nivel educativo. Su desempeño en el aprendizaje de una lista distractora fue promedio (Lista B: 5/15). A su vez mostró un desempeño promedio en el recobro de información a corto (Ensayo 6: 11/15) y largo plazo (Diferido: 11/15), el rendimiento mejora en la tarea de reconocimiento logrando identificar los elementos presentados (Reconocimiento: 15/15), no se observaron fenómenos como intrusiones o falsos positivos.



Cuando la memoria fue evaluada por medio del recuerdo de una historia, dependiendo en menor grado de las funciones ejecutivas, la menor obtuvo valores normales en la evocación inmediata (PE: 8) y a largo plazo (PE: 11). Se observa identificación de detalles e información acerca de los personajes, así como de sucesos de la historia y precisión en algunas de las palabras y frases utilizadas respecto de las que componen la versión original.

El perfil de memoria **auditivo verbal** se concluye como **normal** con adecuada capacidad para codificar, recuperar y almacenar información verbal nueva, es posible que las fluctuaciones atencionales y motivacionales interfirieran en los procesos mnésicos, es por esto que se sugiere reforzar estrategias de memoria, específicamente las metacognitivas.

Su perfil de memoria visual, evaluado a través de la evocación de una figura compleja, presentó un deterioro leve a moderado en la evocación a corto (PE: 34) y largo plazo (T: 34). El perfil de memoria visual se concluye como con dificultad en la **recuperación** de nueva información.

Lenguaje

R en el momento de la evaluación en aspectos verbales presentó una adecuada capacidad en el inicio, mantenimiento y finalización de un tópico de acuerdos a sus intereses y del interlocutor, asume rol hablante – oyente activo, no muestra dificultad en la toma de turnos.

En aspectos paralingüísticos, maneja una intensidad vocal adecuada, prosodia y expresión facial normal. Emplea expresión facial en su discurso y establece contacto visual con su interlocutor.

La comprensión de las consignas simples y complejas fue normal, en ocasiones fue necesario repetirlas, lo que se considera secundario a fallas atencionales más que a un defecto comprensivo. A nivel expresivo, mostró un **desempeño** en el límite inferior normal y bajo respectivamente, en la capacidad para repetir palabras y no palabras, en ocasiones se observan emisiones imprecisas en su habla espontánea especialmente en trabadas (Ej. /dueso/ x /grueso/, /claseplántico/ x /craseplántico/). Se observan latencias en su expresión oral, con poca integración de las ideas lo cual limita su producción y comprensión.

En la fluencia verbal fonológica (M: 4) su desempeño se encuentra en el límite inferior normal y bajo, en tanto que en la fluencia semántica (Animales: 9) fue promedio, mostrando dificultad para generar palabras a partir de una categoría específica.

Lectura

En proceso léxicos lectores, R presentó un adecuado rendimiento en la lectura de palabras y no palabras. La lectura es polisilábica de ritmo lento, en ocasiones vacilante, ante palabras largas o desconocidas realiza lectura silabeada con

reintegro, se encuentran errores como sustituciones (Ej. /viajero/ x /viejo/, /astución/ x /astucia/, /comenzarme/ x /comerme/), omisiones, no realiza autocorrecciones ni utiliza signos de puntuación. En cuanto a la comprensión de textos, se evidenció un rendimiento por debajo del promedio en la comprensión de lectura en voz alta y silenciosa, mostrando dificultad para recordar y evocar la información leída. R no logra identificar la idea principal del texto y selecciona opciones que contiene alguna idea secundaria. Es probable que ante lecturas de mayor complejidad, las dificultades en la decodificación, las fluctuaciones a nivel atencional y en memoria de trabajo incidan en su desempeño. Las dificultades más significativas están en los procesos léxicos y semánticos y en la automatización de la lectura.

Escritura

En escritura, emplea letra script con adecuada legibilidad, sus trazos son precisos, existe adecuado manejo del renglón, se observó un rendimiento promedio en la escritura de palabras, no palabras y frases, se encuentran errores como sustituciones (ej. /casador/ x /cazador/), omisiones (Ej. /buno/ x (Bruno/), ausencia de tildes, inadecuado uso de mayúsculas/minúsculas, en ocasiones escribe palabras fonológicamente correctas pero ortográficamente incorrecta (Ej. /seresas/ x /cerezas/). A su vez se observó que desconoce la utilización adecuada de algunas reglas ortográficas (Gue, gui).

Funciones Visuoespaciales, Visuoconstructivas y Praxias

Su desempeño en la copia de figuras simples fue normal. La copia de la *Figura Compleja (Copia: 10,5/36)* fue realizada de forma deficitaria, logrando una figura poco articulada de las partes y con aplicación de una estrategia inadecuada para la edad, los errores encontrados son dados por omisión de elementos, falta de atención a detalles y precisión en el dibujo y lentificación en la velocidad de la copia (600 segundos). Igualmente su rendimiento fue bajo en tareas que requieren separar el todo en sus partes componentes, sintetizar y recomponer un patrón geométrico bidimensional abstracto en uno tridimensional.

Aritmética

La maduración de esta esfera se encuentra conservada en tareas asociadas a la emisión de series descendentes y ascendentes, en el ordenamiento de cantidades, la escritura y lectura de números con tres dígitos con números mayores se muestra con errores. A su vez su desempeño fue promedio, en la ejecución de cálculo escrito y mental, logrando ejecutar operaciones de adición y sustracción compleja y multiplicación simple, con mayor dificultad en la división.

Funciones Ejecutivas

R obtuvo un rendimiento normal en razonamiento no verbal y verbal, logrando un adecuado desempeño en matrices, al identificar semejanzas entre dos palabras aparentemente distintas y en conceptualización.

La memoria de trabajo verbal fue baja, dan cuenta de ello el rendimiento en el subtest de *dígitos inverso*, en donde pudo retener si errores series de tres dígitos de forma inversa, esto implica que en ocasiones no logra mantener suficiente información activa durante la realización de operaciones cognitivas, lo cual puede llegar a afectar otras áreas como el cálculo y la comprensión de textos, a su vez el desempeño en el subtest de *números letras* fue bajo. En la prueba de alternancia del set atencional (TMT – B: 109 segundos) su desempeño fue bajo.

Se evidencian dificultades leves a moderadas en organización, planificación y anticipación de actividades dirigidas a una meta, aunque no falla en el monitoreo de su propio desempeño, mostrando flexibilidad de pensamiento, evidente en momentos en los que debe realizar cambios según las demandas del ambiente.

Evaluación Comportamental y Emocional

Los puntajes arrojados en la Escala Multimodal de la Conducta (EMC – Padres y profesores) y SNAP IV evidencian la presencia de rasgos clínicos de dificultades atencionales que se presentan en casa y en el colegio, y que es de intensidad variable según las asignaturas y ansiedad.

A nivel adaptativo, padres y docentes evidencian dificultad en las habilidades asociadas con la consecución de metas académicas, sociales o comunitarias, en particular, la habilidad de trabajar bien con los demás (compañerismo) y en las habilidades que conducen a resultados académicos positivos, incluyendo habilidad organizativa y buenos hábitos de estudio (Habilidades en el estudio) y en la comprensión o realización del trabajo escolar (Problemas de Aprendizaje). Estos hallazgos requieren de intervención por psicología clínica.

CONCLUSIONES / IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Menor que en el momento de la evaluación presenta un cociente intelectual que se ubica dentro de un rango **Normal bajo** (CIC: 84).

A lo largo de la evaluación se hallan desempeños que se encuentran dentro de lo esperado para la edad cronológica y nivel educativo. Las dificultades encontradas están relacionadas con las habilidades atencionales – ejecutivas, la memoria visual, la lecto escritura y el cálculo que son suficientes para considerar un **Trastorno Específico del Aprendizaje** (Trastorno de la Lectura, Trastorno de la Escritura y Trastorno del Cálculo). La principal dificultad de R a nivel atencional, está en el control atencional y en la posibilidad de alternar el foco eficazmente, ya que la exigencia a nivel de control cognitivo no se lo permite. Se relaciona con esto la dificultad para poner en marcha y desplegar mecanismos que le permitan actuar de una manera eficiente en función de las demandas del ambiente, específicamente en la supresión de las distracciones (internas y externas), la inhibición de respuestas inapropiadas y la capacidad para mantener la atención a pesar del cansancio y/o el aburrimiento.

Dados los antecedentes de dificultades atencionales y los hallazgos en la evaluación y observación de dificultades leves a nivel atencional y ejecutivo, cumple criterios para considerar un **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad con predominio de déficit atencional en estadio leve**. Se sugiere correlacionar los hallazgos con la clínica del paciente, en especial con sus antecedentes clínicos. Se sugiere tener en cuenta las dificultades emocionales (ansiedad), las cuales deben ser evaluadas a profundidad por psicología clínica. Estos hallazgos requiere intervención integral por psicología clínica, psicopedagogía y fonoaudiología.

RECOMENDACIONES

- Intervención en el área de **Psicología Clínica individual y familiar** con miras a fortalecer procesos organizativos, sociales y en automonitoreo y en los padres pautas de crianza. Se sugiere hacer énfasis en metodología de estudio e interiorización de rutinas.
- **Psicopedagogía y/o terapia ocupacional:** como refuerzo de procesos atencionales (atención sostenida), mnésicos y ejecutivos (memoria de trabajo y planificación) los cuales se consideran manejables con procesos de entrenamiento adecuados. Se recomienda el uso de estrategias metacognitivas, estas deben buscar la generalización en otros ámbitos diferentes al terapéutico (Ej. Hogar y colegio).
- **Fonoaudiología** como refuerzo de habilidades lecto escritas.
- Las intervenciones realizadas deben tener en cuenta la *psicoeducación* de padres y profesores, con miras a continuar fomentando comportamientos proactivos dentro de casa y colegio. A su vez se debe tener en cuenta la importancia de establecer metas de tratamiento claras a corto y mediano plazo, las cuales deben ser de conocimiento de los padres y paciente y a su vez evaluar de forma periódica la evolución de la menor con respecto a los objetivos establecidos.
- Continuar estimulando la participación de R en actividades extracurriculares en las que se destaque y por las que sienta motivación.

- Continuar proyecto educativo actual. Para lo que se recomienda tener en cuenta flexibilizaciones y adaptaciones curriculares que permitan la adquisición de contenidos y el avance a nivel escolar.
- La integración de los ámbitos: familiar, escolar y terapéutico, son de gran importancia durante el proceso, ya que el avance dependerá en gran medida del adecuado manejo y estimulación que en estos ambientes se le proporcione a R

Atenta a cualquier inquietud o comentario adicional.

Cordialmente,

**SILVIA XIMENA
VALDERRAMA**
Psicóloga U.B.A. Especialista
Neuropsicología Clínica
C.I. de Buenos Aires

SILVIA XIMENA VALDERRAMA P
PSICÓLOGA U.P.B R.S.S 9625/04
NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
ximenavalderramap@gmail.com

PUNTAJES PACIENTE					
	PUNTAJE BRUTO	PUNTAJE	X	DS	Z
CI Escala Completa - WISC IV-		84	100	15	-1,066667
Comprensión Verbal - WISC IV-		93	100	15	-0,466667
Razonamiento perceptivo - WISC IV-		89	100	15	-0,733333
Memoria de trabajo - WISC IV-		72	100	15	-1,866667
Velocidad de procesamiento - WISC IV-		99	100	15	-0,066667
Recuerdo de una historia	6	8	10	3	-0,666667
Recuerdo de una Historia DIF	7,5	11	10	3	0,333333
Trial 1		7	5,96	1,57	0,6624204
Trial 2		9	8,8	2,25	0,0888889
Trial 3		11	10,45	2,33	0,2360515
Trial 4		12	11,61	1,62	0,2407407
Trial 5		13	12,29	1,59	0,4465409
TOTAL		52	49,1	7,19	0,403338
Lista B		5	5,59	1,5	-0,393333
Trial 6		11	10,69	2,13	0,1455399
Delayed		11	10,75	2,22	0,1126126
Reco A		15	14,1	2,3	0,3913043
FCR Rec Inm (3 mit)		34	50	10	-1,6
FCR Rec Dif (30 mit)		34	50	10	-1,6
Retención de dígitos (WISC IV)		6	10	3	-1,333333
Claves (WISC IV)		7	10	3	-1
Búsqueda de Símbolos (WISC IV)		12	10	3	0,666667
Cancelación de dibujos (ENI)	23	9	10	3	-0,333333
Cancelación de Letras (ENI)	33	12	10	3	0,666667
Dígito símbolo		33	25,45	7,32	1,0314208
TMTA		21	22,8	11,8	0,1525424
Vocabulario (WISC IV)		7	10	3	-1
Repetición de Palabras	6	7	10	3	-1
Repetición No Palabras	5	4	10	3	-2
Comprensión del discurso	4	9	10	3	-0,333333
Lect Silenciosa - Comprensión	0	4	10	3	-2
Lect Voz Alta - Comprensión	1	5	10	3	-1,666667
Escritura de No Palabras	4	5	10	3	-1,666667
Escritura de Frases	4	1	10	3	-3
Cubos (WISC IV)		5	10	3	-1,666667
Imágenes superpuestas	9	7	10	3	-1

Escritura de números	4	6	10	3	-1,333333
Lectura de Números	4	5	10	3	-1,666667
Cálculo Escrito	6	11	10	3	0,333333
Cálculo Mental	3	1	10	3	-3
Fluidez Verbal Semántica (Animales)	9	5	10	3	-1,666667
Fluidez fonémica (M)	4	7	10	3	-1
Letras y números		5	10	3	-1,666667
Matrices (WISC IV)		6	10	3	-1,333333
Analogías (WISC IV)		9	10	3	-0,333333
Conceptos (WISC IV)		14	10	3	1,333333
TMT B		109	58,1	29,5	-1,725424

Anexo 4. Escala de Ansiedad para Niños de Spence

Escala de Ansiedad para Niños de Spence

Marca con una "X" dentro del paréntesis la opción que muestre con qué tan seguido te pasan estas cosas a ti. No hay respuestas buenas o malas.

1. Hay cosas que me preocupan
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
2. Me da miedo la obscuridad
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
3. Cuando tengo un problema siento feo en el estómago
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
4. Siento temor
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
5. Sentiría temor si me quedara solo(a) en casa
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
6. Me da miedo presentar un examen
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
9. Tengo miedo de hacer el ridículo enfrente de la gente
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
10. Me preocupo por hacer un mal trabajo en la escuela
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien
(como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave)
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
15. Me da miedo dormir solo(a)
Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso(a) y con miedo
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
17. Soy bueno en los deportes
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
18. Me dan miedo los perros
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
21. De repente empiezo a temblar sin razón
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
23. Me asusta ir al doctor o al dentista
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, etc.) o los elevadores
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
26. Soy un(a) buen(a) niño(a)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
27. Tengo que pensar en cosas especiales (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
28. Me siento asustado (a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
29. Me preocupa lo que otras personas piensan de mí
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
30. Me da miedo estar en lugares donde hay mucha gente (centros comerciales, cines, camiones, parques)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
31. Me siento feliz
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()

32. De repente me siento muy asustado(a) sin razón
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
33. Me dan miedo los insectos o las arañas
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
34. De repente me siento mareado(a) o que me voy a desmayar sin razón
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
35. Me da miedo tener que hablar frente a mis compañeros de clase
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
36. De repente mi corazón late muy rápido sin razón
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
37. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
38. Me gusta como soy
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
39. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
40. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden)
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
41. Me molestan pensamientos tontos o malos, o imágenes en mi mente
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
42. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
43. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en la escuela
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
44. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa
 Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()
45. ¿Hay algo más que realmente te dé miedo? SI () NO ()
 Escribe lo que es _____

¿Qué tan seguido te da miedo esto?

- Nunca () A veces () Muchas veces () Siempre ()