



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
SOCIAL EN LA NIÑEZ**

PRESENTADA POR
ALEXIA GUARNIZ MONJARÁS

ASESORA

GLADYS IBONNI TORANZO PÉREZ

TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

LIMA – PERÚ

2019



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
SOCIAL EN LA NIÑEZ**

TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

ALEXIA GUARNIZ MONJARÁS

ASESORA:

MAG. GLADYS IBONNI TORANZO PÉREZ

LIMA – PERÚ

2019

Siempre ha sido por y para ustedes:

Arturo Guarniz y Manuela Monjarás,

mi base.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, sin su techo y cuidado este proyecto no hubiese tenido la entrega que se merece. A la Mg. Gladys Toranzo Pérez, por su papel en mi formación como profesional, por su apoyo en la gestión de este texto y por hacer este camino un poco más ameno. A Jorge Machado da Costa, por su presencia determinante en mi carrera y en mi vida, sin él la psicología clínica no hubiese sido una opción. A Lucía, por enseñarme a admirar a los niños, y porque sin ella este trabajo sencillamente no existiría.

A todos, mi profundo reconocimiento y aprecio.

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	9
1.1 Trastorno de Ansiedad Social	9
1.1.1 Epidemiología en niños y adolescentes	10
1.1.2 Comorbilidad y consecuencias adversas	12
1.1.3 Situaciones sociales temidas	13
1.1.4 Fases de la ansiedad social	16
1.1.5 Componentes de la ansiedad social	17
1.1.6 Clasificación diagnóstica según manuales	22
1.1.7 Etiopatogenia	27
1.1.7.1 Factores intrínsecos o intraindividuales	27
1.1.7.2 Factores extrínsecos o ambientales	37
1.2 Terapia Cognitivo Conductual en TAS	43
1.2.1 TCC en niños y adolescentes con TAS	45
1.2.2 Técnicas operantes de modificación de conducta	47
1.2.2.1 Incremento y mantenimiento de conductas	48
1.2.2.2 Reducción o eliminación de conductas	50
1.2.3 Técnicas cognitivas	52

1.2.4 Técnicas conductuales	55
CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DEL CASO	59
2.1 Datos de Filiación	59
2.2 Motivo de Consulta	60
2.2.1 Episodios Previos	61
2.3 Procedimiento de Evaluación	61
2.3.1 Historia personal	61
2.3.1.1 Etapa Prenatal	61
2.3.1.2 Etapa Perinatal	62
2.3.1.3 Etapa Posnatal y Primera Infancia	62
2.3.1.4 Escolaridad	62
2.3.1.5 Enfermedades y accidentes	66
2.3.1.6 Entretenimiento y deportes	66
2.3.2 Historia familiar	66
2.3.3 Examen mental	72
2.3.4 Pruebas e instrumentos psicológicos	74
2.4 Informe Psicológico	74
2.5 Análisis funcional	82
2.6 Triple relación de contingencia	83

CAPÍTULO III: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	84
3.1 Justificación	84
3.2 Especificación de los objetivos de tratamiento	87
3.2.1 Objetivo general	87
3.2.2 Objetivos específicos	87
3.3 Diseño de estrategias de tratamiento o de intervención	88
3.4 Aplicación del tratamiento o procedimiento	90
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	193
4.1 Seguimiento	193
4.2 Criterio de la paciente	203
4.3 Criterio del familiar	206
4.4 Criterio psicométrico	207
4.5 Criterio clínico	210
CAPÍTULO V: RESUMEN, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	213
5.1 Resumen	213
5.2 Conclusiones	215
5.3 Recomendaciones	217
REFERENCIAS	219
ANEXOS	226

INTRODUCCIÓN

La ansiedad social muchas veces supone una motivación útil y necesaria para actuar de determinada manera ante situaciones interpersonales o públicas concretas, nuevas e importantes; sin embargo, cuando tal ansiedad alcanza niveles intensos, al punto de ocasionarnos un malestar personal significativo o una marcada y constante limitación en diferentes aspectos de nuestra vida, decimos que esa ansiedad social se vuelve patológica. El trastorno de ansiedad social (TAS) se distingue por un miedo o ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales donde el individuo se encuentra expuesto al posible examen por parte del resto, dichas situaciones suelen evitarse o resistirse con gran ansiedad, lo que ocasiona un malestar clínicamente significativo o un deterioro en las diversas áreas importantes de su funcionamiento (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013).

El TAS es uno de los trastornos ansiosos más comunes a nivel mundial con una prevalencia que aumenta desde la niñez hasta la adolescencia (Lawrence et al., 2015), su curso suele ser predominantemente crónico y persistente (Beesdo-Baum et al., 2012) y puede llegar a generar un deterioro funcional generalizado y grave (Beidel, Turner y Morris, 1999). La edad de inicio temprano (antes de los 11 años) es considerada como un indicador de mal pronóstico, y en países occidentales, las personas que lo padecen suelen tener una menor calidad de vida en comparación con las de Asia oriental (Spence y Rapee, 2016). Asimismo, el TAS en la edad pediátrica es concomitante con otros trastornos ansiosos, depresivos y con el consumo de alcohol y cannabis en la adolescencia (Beesdo-Baum et al., 2012), comorbilidad que se asocia con dificultades en el diagnóstico,

tasas más altas de suicidio, resistencia al tratamiento y el nivel de deterioro (Breinholst, Esbjørn, Reinholdt-Dunne y Stallard, 2012).

Dada la relevancia de esta condición, el presente trabajo trata de un estudio de caso único de una paciente de 9 años de edad con TAS, quien además experimentaba marcados niveles de ansiedad ante situaciones escolares de evaluación de desempeño, y realizaba conductas inadecuadas repetitivas, intensas y duraderas limitadas al contexto familiar.

El principal objetivo de la intervención fue reducir los niveles de ansiedad social de la paciente. Para ello se utilizó la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), uno de los procedimientos psicológicos de primera elección para el tratamiento de diversos trastornos mentales no psicóticos (Fullana, Fernández de la Cruz, Bulbena y Toro, 2011). De manera más concreta, en base a las recomendaciones de la Asociación Americana de Psiquiatría (2010), se emplearon técnicas cognitivas y conductuales específicas para el TAS como la exposición, el entrenamiento en habilidades y la reestructuración cognitiva, pues cada vez hay mayor evidencia de que la TCC tradicional (con técnicas de enfoque genérico) evidencia resultados relativamente pobres para el TAS (Spence y Rapee, 2016). Asimismo, siguiendo las indicaciones de NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010), se consideró oportuno incluir la participación de los padres dentro del proceso terapéutico brindándoles psicoeducación continua y herramientas activas para moldear el comportamiento apropiado de la paciente en situaciones sociales y en el contexto familiar.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Trastorno de Ansiedad Social

El trastorno de ansiedad social (TAS) es una de las afectaciones más frecuentes, crónicas y altamente incapacitantes encontradas en el ámbito clínico (Beesdo-Baum et al., 2012). Entre los principales aspectos de su caracterización se destaca el miedo o ansiedad intensa ante una o más situaciones sociales donde el individuo sea vea expuesto al posible examen por parte del resto, o donde sienta que su actuación (o la manifestación de su ansiedad) pueda ser calificada por los demás de manera negativa. Dichas situaciones tienden a evitarse o a resistirse con gran ansiedad, lo que puede generar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en las diversas áreas importantes de su funcionamiento (APA, 2013).

- Implicaciones en la nomenclatura

A pesar de su relevancia actual, el TAS no siempre fue reconocido como tal. Cuando se incluyó por primera vez en el DSM- III (APA, 1980), bajo la nomenclatura de fobia social, se lo describió como un miedo a situaciones sociales específicas como comer o hablar frente a los demás, o usar baños públicos. En base a esa clasificación, el trastorno fue considerado por más de veinte años, como poco frecuente y con un inusual deterioro significativo, pero no debido su baja prevalencia, sino por su exiguo reconocimiento por parte de los clínicos.

Es probable que tales dificultades en la detección, se hayan debido a las limitaciones de las personas que lo padecían para explicar sus síntomas a los médicos; sin embargo, a partir de que el DSM- IV (APA, 1994) brindó la opción de nombrar a la fobia social como trastorno de ansiedad social, algunos especialistas en la patología (Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers y Stein, 2000), empezaron a sugerir que la etiqueta de fobia social también habría estado contribuyendo al problema, ya que, según estos expertos, el término original y su descripción limitada y desactualizada, no facilitaban su diferenciación de una fobia específica, ni enfatizaban el carácter generalizado e incapacitante de su padecimiento, por lo que recomendaron utilizar el término trastorno de ansiedad social, como el nombre principal (Liebowitz et al., 2000). A pesar de que algunos autores como Clark y Beck (2012), aún prefieren emplear la terminología “clásica”, desde que se proclamó tal iniciativa, la postura a favor de la nueva nomenclatura ha ido propagándose cada vez con mayor amplitud y firmeza con el transcurrir de los años. Actualmente incluso se afirma que el concepto de fobia social desaparecerá definitivamente de los futuros manuales diagnósticos (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón y Perona-Garcelán, 2014).

1.1.1 Epidemiología en niños y adolescentes

En general, la prevalencia del TAS aumenta desde la niñez hasta la adolescencia, con una tasa de 1.6% a 3.4% respectivamente (Lawrence et al., 2015). En los países europeos y norteamericanos se ha encontrado una prevalencia media de por vida desde 6.7% hasta 12.1% (Beesdo-Baum et al., 2012), por lo que un número considerable de jóvenes se ve afectado por este trastorno. Es interesante ver que en el ámbito clínico no hay diferencias significativas respecto al género durante la niñez, mientras que en la

adolescencia, y sobre todo en la adultez, la presencia de casos de TAS en mujeres se hace predominante en comparación con la de varones (ver reporte de Lawrence et al., 2015). Estos datos podrían deberse a factores relacionados con el desarrollo, no obstante, cabe la posibilidad de que también estén mediados por otras variables como las diferencias en las funciones del género, o expectativas sociales y profesionales de los varones. Adicional a ello, existe una prevalencia relativamente alta del TAS subclínico en adolescentes y adultos jóvenes, un estudio de Knappe et al. (2011) arrojó que casi la mitad de la población general presentaba temores sociales leves o moderados (predominantemente de 1 a 3 situaciones), sin llegar al umbral diagnóstico del TAS. Lo que no solo muestra de manera explícita el grado de frecuencia de los temores sociales, sino que también sugiere la necesidad de intervenir tempranamente a favor de la prevención del trastorno.

En cuanto a su curso natural, Beesdo- Baum et al. (2012) señala que las remisiones espontáneas completas del TAS son poco usuales, sobre todo si existen indicadores de un mal pronóstico como la gravedad clínica (p. ej., temor a situaciones sociales generalizadas) o la edad de inicio temprana (antes de los 11 años). Igualmente, se ha encontrado que el TAS no persiste de manera estable, sino que es más probable que tenga un curso creciente o menguante (Beesdo et al., 2007; Beesdo- Baum et al., 2012)

Por otro lado, los informes epidemiológicos nacionales sobre el TAS en la edad pediátrica son escasos. El Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Goguchi” (2002) reportó que el 7.1% de adolescentes de las regiones de Lima y Callao cumplía con el diagnóstico de TAS; sin embargo, hasta la fecha no se ha vuelto a realizar estudios de tal magnitud, por lo que se requiere

una recolección de datos actualizados, que no solo refleje la prevalencia del TAS en la ciudad de Lima, sino que abarque muestras de todo el Perú y sus diferentes grupos etarios.

1.1.2 Comorbilidad y consecuencias adversas

El TAS en la edad pediátrica es comórbido con varios problemas de salud mental: trastornos ansiosos, depresivos, y el consumo de sustancias en la adolescencia (Beesdo-Baum et al., 2012). Respecto a las patologías ansiosas, en un estudio de Beidel et al. (1999), se encontró que el 60% de los niños con TAS presentaba además otro trastorno concomitante, siendo los trastornos de ansiedad los de mayor frecuencia (36%), principalmente el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. En cuanto a los trastornos depresivos, Beesdo et al. (2007) demostró que el TAS durante la adolescencia estaba relacionado con un riesgo sustancial y constante de distimia y episodio depresivo mayor, durante la adultez temprana. Y en relación al consumo de sustancias, los resultados de un estudio de Buckner et al. (2008) indicaron que el TAS podría actuar como un factor de riesgo único y significativo, para la posterior dependencia del alcohol y el cannabis, pero no para el abuso.

La comorbilidad en pacientes con TAS favorece la búsqueda de una intervención más temprana (Koyuncu, İnce, Ertekin, Tükel y 2019); sin embargo, su presencia resulta ser predominantemente perjudicial en comparación con el TAS “puro”, pues se asocia con dificultades en el diagnóstico; aumenta las probabilidades de incrementar la gravedad del cuadro (incluyendo tasas más altas de suicidio), la resistencia al tratamiento, y la disfuncionalidad en los diferentes contextos escolar, familiar y social (Breinholst et al., 2012).

Por otro lado, todavía no existen pruebas suficientes para demostrar si el TAS es causa o consecuencia de dichos problemas concurrentes. Recientemente se ha sugerido que el TAS es (a excepción de la fobia específica, el TDAH y el trastorno de ansiedad por separación) un factor de vulnerabilidad o incluso un precursor de otros trastornos que lo acompañan (por ejemplo, Koyuncu et al. 2019); sin embargo, se necesitan más investigaciones longitudinales para establecer los mecanismos por los cuales la ansiedad social patológica puede contribuir a la aparición de otros problemas psiquiátricos (Spence y Rapee, 2016).

1.1.3 Situaciones sociales temidas.

Es conocido que las personas con TAS experimentan un temor intenso a los estímulos socio-evaluativos. Este término no se limita a aspectos que indiquen expresamente una evaluación o juicio por parte de los demás, sino que también comprende comportamientos implícitos como el contacto visual directo o evasivo; expresiones faciales de desaprobación, burla o enojo; gestos o posturas que señalen dominancia u oposición (p. ej., brazos cruzados); y/o conceptos sociales de orden superior como autoridades o estatus social (Wong y Rapee, 2016).

Dichos estímulos de evaluación social estarían presentes en situaciones que involucran la interacción con otros (interpersonales) y/o a ser el centro de atención (de actuación pública). Al respecto, Antony y Swinson (2008) elaboraron un listado con ejemplos para ambos escenarios; las situaciones interpersonales abarcaban el invitar a alguien a una cita, hablar con una figura de autoridad, iniciar y mantener una conversación, conocer gente nueva, hacer solicitudes o favores, expresar una opinión personal, tener una entrevista laboral, decir que no cuando no quieres hacer algo o realizar un reclamo. Respecto a las situaciones de actuación pública hace mención a hablar ante una audiencia o en reuniones,

actuar en un escenario, leer en voz alta frente a los demás y/o ser observado mientras se escribe, come, bebe, practica deportes, se toca un instrumento o se comete un error (p. ej., caerse).

Posteriormente autores como Caballo, López-Gollonet, Salazar, Martínez y Ramírez-Uclés (2006) agruparon las situaciones arriba mencionadas en cinco factores o dimensiones: (a) situaciones de interacción con desconocidos, (b) falta de habilidad en el manejo de situaciones de interacción, (c) situaciones de expresión de desagrado, disgusto o enfado, (d) hablar/actuar en público y relacionarse con superiores y (e) situaciones de interacción con el sexo opuesto. Esta clasificación comprende una delimitación más precisa y útil, tanto para la evaluación como el tratamiento del TAS, ya que facilita la selección de técnicas pertinentes al déficit implícito en cada una de ellas.

En el caso de la ansiedad social en niños, las situaciones temidas incluyen tanto la interacción con otros adultos como con su grupo de pares. La Tabla 1 contiene una serie de situaciones agrupadas en 6 factores (Caballo, González, Alonso y Irurtia, 2007).

Tabla 1.

Situaciones sociales temidas por los niños

Interacción con desconocidos/con superiores.	Estar con niños o adultos desconocidos (mirar a los ojos, hablar, hacer preguntas). Dar/recibir caricias o besos a/de personas poco familiares. Hacer algo que enfade a los padres o tutores. Que el profesor/a o director/a lo llame. Estar rodeado/a de mucha gente. Tener que hablar con el médico. Solicitar un urinario público.
--	---

Expresar/recibir muestras de cariño hacia/de los padre.	<ul style="list-style-type: none"> Recibir caricias o besos de los padres. Expresar a los padres palabras o gestos de afecto. Jugar con los padres.
Ser el centro de atención de los demás.	<ul style="list-style-type: none"> Hacer una excursión con compañeros/as de colegio. Celebrar su cumpleaños. Contar un chiste a los demás. Cometer un error o destacar. Hacer cambios en la apariencia. Ser nuevo alumno/a.
Hablar/actuar en público	<ul style="list-style-type: none"> Salir a la pizarra. Leer en voz alta en clase. Tocar un instrumento, cantar o actuar ante una audiencia. Participar en intervenciones orales.
Recibir críticas/desaprobación de los demás.	<ul style="list-style-type: none"> Recibir críticas, burlas, insultos, o malos comentarios. No ser aceptado por el grupo. Discusiones o peleas con otros/as chicos/as. Que lo regañen sus padres o profesores.
Interacción con amigos/as.	<ul style="list-style-type: none"> Iniciar una conversación con un/a compañero/a. Rechazar una petición o favor. Expresar enojo. Hacer nuevos amigos/as. Dormir en la casa de un amigo.

Tanto niños como adultos, coinciden en las situaciones temidas relativas a interactuar con desconocidos, recibir críticas o desaprobación y actuar en público. Sin embargo, las diferencias típicas de cada etapa hacen que algunas otras sean exclusivas de la adolescencia o adultez, como son las interacciones con el sexo opuesto; así como hay situaciones temidas por los niños, que no presentan mayor relevancia en los adultos, como el expresar o recibir muestras de cariño hacia/de los padres.

1.1.4 Fases de la ansiedad social

Clark y Beck (2012), proponen abarcar la ansiedad ante estímulos socio-evaluativos en tres diferentes tiempos o fases: la fase anticipatoria, la exposición situacional y el procesamiento post- evento. Esta división permite comprender la evolución de la ansiedad social de manera más precisa, diferenciando las características de cada una.

- Fase anticipatoria

Las respuestas de ansiedad social anticipatoria se activan al advertir un estímulo interno o externo, asociado a la posible situación socio-evaluativa futura. Su aparición es variable tanto en frecuencia (intermitente o consistente) como en duración (de minutos a días o semanas). Respecto a la intensidad, mientras mayores sean los niveles de ansiedad, más probabilidades habrán de desarrollar conductas de evitación.

En esta fase el individuo se percibe a sí mismo como vulnerable a la situación amenazante, por lo que se visualiza teniendo un desenvolvimiento pobre, acompañado de una forzosa consecuencia negativa impartida por de los demás. Estas imágenes o suposiciones están basadas en anteriores situaciones similares, aprendidas de manera directa o indirecta. Los recuerdos de tales situaciones no se reproducen con total nitidez, sino que hay una disposición a evocar o hasta exagerar, de manera automática o voluntaria, aquellos detalles aversivos para el sujeto. Asimismo, la poca aceptación del individuo por la situación, genera que, en lugar de prepararse para afrontarla, realice conductas rumiativas o de evitación que disminuyan las probabilidades de ser socialmente efectivo.

- Exposición situacional

La exposición al encuentro social suele ser, por lo general, el momento en el que la ansiedad se experimenta de manera más intensa. Durante esta fase, los procesos cognitivos del individuo suelen estar influenciados por la activación emocional presente desde la etapa anticipatoria. En esta línea, el foco atencional se centra prioritariamente en estímulos interoceptivos, y en las señales externas como el *feedback* negativo por parte de la audiencia, información que facilita la aparición de esquemas cognitivos maladaptativos y de comportamientos de seguridad que apuntan a disminuir el malestar emocional.

- Procesamiento post- evento.

Después de haber estado expuesto a la situación social temida, el individuo mantiene la ansiedad debido a que continúa reevaluando su actuación y las consecuencias de las mismas, basándose en aspectos sesgados que lo llevan a “confirmar” los esquemas maladaptativos.

1.1.5 Componentes de la ansiedad social

Como cualquier otra respuesta emocional, la ansiedad social también se manifiesta a nivel físico, cognitivo y comportamental (Camilli y Rodriguez, 2007). Tratarla en término de sus tres componentes ayuda a que el problema se abarque de una manera más específica y concreta, que globalmente abrumadora.

- Síntomas físicos

Las sensaciones físicas de la ansiedad o miedo no son exclusivas del TAS ni de otros trastornos ansiosos. De hecho, estos cambios biológicos también

están presentes en las otras emociones, como la tensión muscular en el enojo, las náuseas en el asco, el rubor en la alegría, o la dificultad para deglutir en la tristeza

Los síntomas son diversos e incluyen: elevación de la tasa cardíaca, sensación de asfixia o dificultades para respirar, temblores, rubor, mareos o aturdimiento, dificultad para deglutir o sensación de un “nudo” en la garganta, sudor excesivo, náuseas o molestias estomacales como dispepsias o diarrea, voz entrecortada, rigidez y/o tensión muscular, o por el contrario, debilidad muscular, sequedad de boca, opresión en el pecho, sofocos o elevación de temperatura corporal, adormecimiento, escalofríos, cefaleas, llanto, entre otras.

Las personas con TAS pueden experimentar entre pocos o varios de los síntomas mencionados, algunos incluso reportan no advertir ninguno (posiblemente debido a un bajo nivel de consciencia sobre la propia activación fisiológica). Hay evidencias de que los niños con TAS se activan con la misma intensidad en comparación con grupos controles; sin embargo, respecto a la recuperación de los síntomas, una investigación mostró que presentan una respuesta parasimpática más baja y una recuperación de la frecuencia cardíaca más lenta (ver Schmitz, Krämer, Tuschen-Caffier, Heinrichs, y Blechert, 2011), lo que sugiere que tardan más tiempo en estabilizar la respuesta ansiosa. Por otro lado, si bien estos síntomas generan un gran malestar en sí mismos, las personas socialmente ansiosas están particularmente preocupadas porque los demás los noten, sobre todo si éstos son externamente más visibles (p. ej., sudoración excesiva, rubor, temblor, o voz entrecortada), interpretando erróneamente que sus síntomas son necesariamente más intensos y evidentes que los del resto; sin embargo, se ha encontrado que esos síntomas no son tan notables como ellos creen (Antony y Swinson, 2008). En pocas palabras, el rango o intensidad de

síntomas no es el verdadero problema, lo que realmente contribuye a la ansiedad social patológica es la lectura que se hacen de estos y de sus posibles consecuencias. Ello tiene que ver con variables cognitivas explicadas a continuación.

- Cogniciones

El componente cognitivo del TAS, hace referencia a diversos sesgos y procesos en los que el individuo percibe a los estímulos socio-evaluativos como amenazantes para el self (Wong y Rapee, 2016). Para Clark y Beck (2012), estas cogniciones estarían relacionadas a autoesquemas maladaptativos como: (a) creencias nucleares de ser socialmente “inferior”; (b) creencias de que los demás siempre están buscando sus defectos o errores para criticarlo; (c) valoraciones catastróficas de desaprobación; (d) creencias sesgadas sobre estándares de actuación social, como el tener que mostrar competencia o inteligencia en todas las interacciones sociales; (e) creencias irracionales sobre la ansiedad como una señal de debilidad, y el no poder ejercer control sobre sus consecuencias.

Algunos ejemplos de creencias comunes en personas con ansiedad social serían los siguientes (Antony y Swinson, 2008): “necesito agradar a los demás”, “si los demás me rechazan es porque lo merezco”, “la gente debería interesarse en lo que digo”, “las personas no deben hablar de mí a mis espaldas”, “los demás se molestarán conmigo si cometo algún error”, “si hago una presentación voy a lucir como un tonto”, “si estoy muy ansioso no seré capaz de hablar” o “no debería mostrarme ansioso ante los demás”.

Por otro lado, la literatura señala que estos sesgos y distorsiones no son exclusivos de la adultez, sino que podrían aparecer desde los 8 años de edad,

aproximadamente. Existe una gran cantidad de estudios que indican que los niños y adolescentes con altos niveles de ansiedad social presentan diferentes respuestas cognitivas en comparación con sus compañeros no ansiosos. En la Tabla 2 se muestra la revisión y síntesis elaborada por Spence y Rapee (2016) sobre dicha evidencia.

Tabla 2.

Aspectos cognitivos del TAS en niños y adolescentes

Mayor nivel de atención autocentrada.

Mayor probabilidad de interpretación negativa de las señales o situaciones sociales, incluida la percepción negativa de las respuestas de la audiencia e imágenes de perspectiva negativa del observador.

Aumento de la frecuencia y la intensidad de las autoimágenes distorsionadas negativas, asociadas con un mayor sufrimiento relacionado con las situaciones sociales.

Más resultados negativos anticipados de las tareas sociales.

Mayor procesamiento negativo anticipatorio.

Más cogniciones negativas o charla automática durante las tareas de desempeño social.

Evaluación más negativa del propio desempeño, aunque esto pueda deberse a un verdadero déficit en el rendimiento social.

Mayor rumia posterior al evento.

Posteriormente se explicará, de manera más detallada, el papel que juegan las cogniciones en la etiología y mantenimiento del TAS.

- Comportamientos de seguridad

Las respuestas conductuales de la ansiedad social patológica buscan huir de la exposición a la situación socio-evaluativa con la finalidad de reducir el malestar emocional y sentirse protegidos. No obstante, como muchos de estos eventos no pueden ser evadidos, el sujeto comienza a realizar comportamientos

que le permitan disimular las respuestas de ansiedad y/o minimizar la exposición total (Antony y Swinson, 2008).

Estos comportamientos de seguridad se dan en las tres fases de exposición, y pueden ser tanto abiertos (p. ej., reducción del contacto visual, ocultarse a la vista de los demás, verbalización limitada y/o ceder la palabra a otros, disminución del volumen de voz, ampliación del tiempo de latencia en las respuestas, evitar hablar de sí mismos, coger algún objeto, frotarse o esconder las manos debajo de la mesa o los bolsillos para que no se perciba la sudoración, o tensión muscular para controlar los temblores), como privados (p. ej., anhelar que ocurran acontecimientos extraordinarios que impidan la situación temida, recordar sensaciones de tranquilidad al evitar anteriores situaciones ansiógenas, preocuparse por los posibles resultados de su actuación). Si bien estas conductas cumplen una función adaptativa al disminuir los síntomas ansiosos, paradójicamente también influyen en su mantenimiento, pues son evaluadas por los demás y por la misma persona, como déficits en su desenvolvimiento (Clark y Beck, 2012). Constituyendo, a largo plazo, las respuestas de afrontamiento menos efectivas.

Respecto a niños y adolescentes, los comportamientos de seguridad también incluyen el escape total o parcial de las situaciones socio-evaluativas; sin embargo, las estrategias comúnmente empleadas no suelen ser tan elaboradas en comparación a la de los adultos, como solapar los síntomas de sudoración (Spence y Rapee, 2016).

1.1.6 Clasificación diagnóstica según manuales

Los manuales diagnósticos no explican la etiología ni el desarrollo de los trastornos psiquiátricos; sin embargo, son herramientas sumamente útiles para establecer un diagnóstico. Esto nos permite obtener otras ventajas como: evaluar el nivel de gravedad y funcionalidad del paciente, realizar investigaciones sobre diversas patologías, y emplear un lenguaje común entre los profesionales de la salud. Teniendo en cuenta estos propósitos, resulta substancial que cada vez haya menos discrepancias entre los criterios de los diversos sistemas de clasificación.

En el caso del TAS, los criterios diagnósticos de los manuales vigentes comparten el miedo marcado o ansiedad intensa ante situaciones sociales como su principal característica, no obstante, algunos puntos se ven diferenciados por las restricciones del tiempo, el énfasis en la sintomatología fisiológica, las manifestaciones según la etapa del desarrollo y la especificación de las situaciones.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10, 1994), abarca el TAS bajo la nomenclatura de “Fobias Sociales” (ver Tabla 3). Señala la presencia de un miedo marcado y/o evitación a ser el centro de atención o a comportarse de un modo embarazoso o humillante (criterio A), haciendo hincapié en la valoración negativa del individuo sobre su propia actuación, antes que en hechos concretos de su desenvolvimiento. Indica además una serie de situaciones temidas, tanto interpersonales como de actuación pública, aunque no se esclarezca el papel de los estímulos socio-evaluativos involucrados en dichos eventos. El criterio B destaca la manifestación de

síntomas psicofisiológicos, que pueden generar en sí mismos, al igual que las conductas de seguridad, un malestar emocional significativo al ser necesariamente reconocidos por el paciente como excesivos o irrazonables (criterio C). Finalmente, el criterio D aclara que la sintomatología puede experimentarse, en presencia o no, de las situaciones temidas, lo que implica nuevamente la consideración de las conductas internas como importantes antecedentes para la ansiedad.

Tabla 3.

Criterios diagnósticos CIE- 10 para el trastorno de ansiedad social

F40.1 Fobias Sociales

A. Presencia de cualquiera de los siguientes:

1. Miedo marcado a ser el foco de atención, o miedo a comportarse de un modo que sea embarazoso o humillante.
2. Evitación notable de ser el centro de atención, o de situaciones en las cuales hay miedo de comportarse de un modo que sería embarazoso o humillante.

Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales tales como comer o hablar en público, encontrarse conocidos en público o introducirse o permanecer en actividades de grupo reducido (p. ej., fiestas, reuniones de trabajo, clases).

B. Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas siguientes:

1. Ruborización.
2. Miedo a vomitar.
3. Necesidad imperiosa o temor a orinar y defecar.

C. Malestar emocional significativo ocasionado por los síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce como excesivos o irrazonables.

D. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.

E. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinaciones y otros trastornos mentales orgánicos (F00- F09), esquizofrenia o trastornos relacionados (F20-F29) o trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-), ni tampoco son secundarios a creencias de la propia cultura.

Respecto a la duración del TAS, la CIE- 10 no indica un periodo de tiempo mínimo para la persistencia del trastorno; sin embargo, esto no genera una mayor limitación o perjuicio para el reconocimiento de la patología. En cambio, es la falta de especificación de su presencia en los niños la que sí dificulta su detección en edades tempranas, ya que además, el mismo manual contiene una categoría similar en el apartado de niños y adolescentes (ver Tabla 4).

Tabla 4.

Crterios diagnósticos CIE- 10 para el Trastorno evitativo de la infancia o la adolescencia o Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia

F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia

- A. Ansiedad persistente en situaciones sociales en las que el niño se expone a personas no familiares (incluidos compañeros), que se manifiesta por conductas de evitación social.
 - B. El niño presenta autoconciencia, vergüenza y excesiva preocupación acerca de la adecuación de su conducta en la interacción con figuras no familiares.
 - C. Interferencia significativa con las relaciones sociales (también con compañeros) las cuales se restringen. Cuando experimenta situaciones sociales nuevas o forzadas presenta malestar importante e incomodidad, que se manifiesta por llanto, ausencia de lenguaje espontáneo y huida de la situación.
 - D. El niño tiene relaciones sociales familiares satisfactorias (miembros de la familia o compañeros a los que conoce bien).
 - E. El comienzo del trastorno coincide con una fase de desarrollo en la que estas reacciones de ansiedad son consideradas apropiadas. El grado anormal, la persistencia en el tiempo y la incapacidad asociada deben manifestarse antes de los seis años de edad.
 - F. No se cumplen criterios para el trastorno de ansiedad generalizada de la infancia (F93.9).
 - G. No forma parte de alteraciones más amplias de las emociones, la conducta o la personalidad, ni de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicótropas.
 - H. La duración mínima del trastorno es de cuatro semanas.
-

Por otro lado, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- 5, 2013), en contraste con la CIE- 10, presenta algunas diferencias descritas a continuación:

- 1) Desde su cuarta versión emplea el término Trastorno de ansiedad social como alternativo al de “Fobia social” (ver Tabla 5).
- 2) No solo se hace mención de las situaciones sociales temidas, sino que también destaca la importancia del aspecto socio-evaluativo (criterio A).
- 3) No indica explícitamente que el individuo tenga que reconocer la amenaza social como excesiva o irracional (criterio E).
- 4) Establece que los síntomas son persistentes y deben estar presentes como un mínimo de 6 meses (criterio F).
- 5) Hace mayor énfasis en el gran impacto del TAS en la vida del sujeto, no sólo en relación al malestar personal significativo, sino también en cuanto a la disminución de su funcionamiento en los diversos contextos.
- 6) Solicita especificar si las situaciones temidas se limitan o no a la actuación pública, lo que resulta más útil en comparación con la CIE-10, pues esta clasificación sólo pide indicar si es de carácter restringido o generalizado, sin hacer distinción de la combinación las situaciones de interacción o de desempeño (Knappe et al., 2011).
- 7) Contiene notas aclaratorias sobre la manifestación de los síntomas en la niñez (criterio A y C), lo que expresa directamente su ocurrencia en dichas edades. Y es que en el DSM- 5 la mayoría de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico que es el mismo en los niños, adolescentes y adultos.

Tabla 5.

Criterios diagnósticos DSM- 5 para el trastorno de ansiedad social

300.23 Trastorno de ansiedad social (fobia social)

- A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p.ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

Nota: en los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

Nota: en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden explicar mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

- J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.

Especificar si:

Sólo actuación: si el miedo se limita a hablar o actuar en público. Los individuos con trastorno de ansiedad social sólo de actuación tienen miedos de actuación que son típicamente más incapacitantes en su vida profesional (p. ej., músicos, bailarines, artistas, deportistas) o en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual. También pueden manifestarse en el trabajo, la escuela o el ámbito académico en el que se requieren presentaciones públicas regulares. No temen ni evitan las situaciones sociales sin actuación.

1.1.7 Etiopatogenia

A partir de las numerosas bases teóricas y empíricas desarrolladas en las últimas décadas, recientemente autores como Spence y Rapee (2016) han podido identificar una serie de factores intrínsecos y ambientales que influyen en la etiología del TAS. Estas variables no son directamente causales, sino que interactúan entre sí de manera compleja incrementando las probabilidades de desarrollar TAS (principio de equifinalidad). Tampoco son exclusivas de la ansiedad social, pueden estar presentes en diversos resultados sean estos patológicos o no (principio de multifinalidad). De igual modo, debido a que la considerable mayoría de casos tienen un inicio durante la niñez o adolescencia, los factores mencionados a continuación se basan principalmente en evidencias relacionadas con la edad pediátrica.

1.1.7.1 Factores intrínsecos o intraindividuales

- Influencias genéticas

Los estudios familiares y de gemelos han demostrado que los trastornos de ansiedad en general contienen una disposición genética moderada, pero no tan significativa en comparación con otras condiciones psiquiátricas altamente hereditarias, como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el autismo (Salum, De Sousa, Rosário, Pine y Manfro, 2013). Estas variables

genéticas no actúan en el desarrollo de la ansiedad de manera directa, sino que primero moldean los procesos fisiológicos básicos que influyen en el riesgo de presentarla (Tayeh, Agámez y Chaskel, 2016). Los investigadores han encontrado que, las diferencias polimórficas de genes candidatos relacionados a las vías serotoninérgicas (5-HT) y dopaminérgicas, influyen en los fenotipos de respuestas de aprensión; por ejemplo, la forma corta del gen (ss o sl) está más presente en individuos con mayor neuroticismo, conductas de evitación ante la amenaza y ansiedad, que en los individuos homocigotos para la variante larga (Tayeh et al., 2016).

Por otro lado, existe una valiosa evidencia de que el TAS tiene fuertes vínculos familiares. Tanto padres como hijos presentan grandes posibilidades de experimentar el problema, no obstante, a diferencia de las estimaciones relacionadas con una vulnerabilidad general a la ansiedad o al temperamento predisponente como la inhibición del comportamiento, aún no se han encontrado hallazgos concluyentes sobre la presencia de genes específicos asociados al TAS (Spence y Rapee, 2016). Del mismo modo, Scaini, Belotti y Ogliari (2014) realizaron un meta-análisis sobre las contribuciones genéticas y ambientales a los síntomas de ansiedad social (SAS) y al desarrollo del TAS, encontrando que la heredabilidad está más asociada a los SAS que al TAS en sí mismo, esto posiblemente sea reflejo de que el desarrollo del fenotipo clínico está además influenciado por el impacto de las variables ambientales. Asimismo, Scaini et al (2014) también halló que la influencia genética en niños era mucho mayor (aproximadamente el doble) a la de los adultos, sugiriendo que podría deberse a que estos últimos han estado expuestos a los factores extrínsecos o ambientales por más tiempo; sin embargo, Spence y Rapee (2016) proponen que estos

resultados también podrían deberse a las diferencias metodológicas empleadas en los estudios (p. ej., diferentes informantes).

En síntesis, pese a que existen investigaciones que establecen que la genética juega un papel importante en el desarrollo del TAS, todavía no se puede realizar afirmaciones concluyentes. Aun así, resulta sustancial que los estudios continúen para poder identificar los genes exactos y las vías biológicas involucradas.

- Influencias biológicas

A pesar de los grandes avances recientes, el conocimiento sobre las bases neuronales del TAS en la edad pediátrica es limitado (Salum et., al 2013). La mayoría de investigaciones se centran en el procesamiento emocional de estímulos (principalmente aquellos de amenaza) y en la activación de los procesos cognitivos superiores (Spence y Rapee, 2016), cada uno de los cuales está regulado por estructuras cerebrales que a su vez apoyan la fisiopatología de los trastornos de ansiedad. El núcleo estriado, la corteza del cíngulo anterior, la amígdala y porciones de la corteza prefrontal (particularmente las divisiones ventromedial y dorsolateral), constituyen algunas de las áreas implicadas en la ansiedad social, siendo estas dos últimas estructuras las más estudiadas (Tayeh et al., 2016).

Respecto al componente emocional, la amígdala desempeña un papel importante en el procesamiento de las señales sociales y en la expresión de emociones que incluyen las respuestas simpáticas de la ansiedad; un ejemplo de ello es que, ante estímulos faciales percibidos como amenazantes, aumenta su grado de vigilancia y respuesta (Detweiler, Comer, Crum y Albano, 2014).

Estudios de neuroimagen en niños y adolescentes con TAS o temperamentos inhibidos concluyeron que, en comparación con los controles no ansiosos, estos jóvenes tienden a mostrar una hiperactivación de la amígdala en respuesta a estímulos socio-evaluativos. Sin embargo, estos efectos son similares para los niños con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), lo que indica que este factor biológico no es exclusivo del TAS, sino que también puede ser característico de elevados niveles de ansiedad en general (Spence y Rapee, 2016). Adicional a esto, Detweiler et al. (2014) señala que un daño en la amígdala está asociado a comportamientos de seguridad como la restricción de la expresión emocional en contextos sociales, la disminución de la manifestación de habilidades pro-sociales, y ocasionalmente, el mayor retraimiento social y escape. Lo que evidencia su implicación directa en el componente conductual de la ansiedad social. En relación a otras estructuras, los ganglios basales y sus componentes participan de manera sustancial en la motivación y procesamiento de recompensas. Caouette y Guyer (2014), luego de una revisión de diferentes estudios de imágenes, sugirieron que los jóvenes con TAS o con un temperamento de comportamiento inhibido, evidencian una mayor reactividad en algunas divisiones de los ganglios basales como el cuerpo estriado, el núcleo caudado y el putamen, lo que se traduce en una hipersensibilidad a las recompensas, mayor vigilancia hacia la evaluación de desempeño y sobrevaloración de los resultados positivos (Spence y Rapee, 2016). En otras palabras, la hiperactividad de dichas estructuras podrían estar directamente relacionadas con aumento del valor de la amenaza a los estímulos socio-evaluativos, y por lo tanto, mayores probabilidades de conductas de escape o de seguridad.

En cuanto al componente cognitivo, los hallazgos sugieren que en los niños socialmente ansiosos existe una tendencia a una serie de procesos disfuncionales como: orientación automática hacia o lejos de las amenazas, interpretación de los estímulos neutrales como peligrosos, preocupación por la evaluación de los pares, y mayor sensibilidad a las recompensas (Salum et al., 2013). Muchas de estas funciones hallan su base en la corteza pre-frontal al ser una de las principales responsables del procesamiento ejecutivo, percepción social y la regulación emocional (Detweiler et al., 2014); sin embargo, las investigaciones sobre su papel en el TAS son inconsistentes, mientras algunos resultados parecen indicar un aumento de la activación de sus regiones ventromedial y dorsolateral, otros sugieren una reducción; por lo que aún no se pueden establecer afirmaciones concluyentes (Spence y Rapee, 2016).

- Temperamento

La inhibición del comportamiento (IC) es una dimensión heredable del temperamento que representa la tendencia crónica a responder con mayor sensibilidad o cautela a los estímulos novedosos (p. ej., sobresalto ante ruidos fuertes), y a evitar situaciones, objetos y personas desconocidas (Clauss y Blackford, 2012). La literatura señala además que la IC genera más probabilidades de experimentar síntomas de excitación fisiológica en reposo, lo que implica niveles más altos de cortisol, mayor reactividad y dilatación del tiempo de habituación al estado basal. Aunque la IC se identificó inicialmente en niños pequeños, con una manifestación anterior a los dos años de edad (Spence y Rapee, 2016), el rasgo también está presente durante la infancia tardía, la adolescencia y la edad adulta. Las conductas de los niños con un alto grado de IC están bien definidas e incluyen, pero no se limita, al mantenimiento de proximidad

hacia las figuras de apego, el contacto visual reducido, la disminución de la verbalización y la evasión de las señales de amenaza. Como se vio anteriormente, varias de estas características corresponden a las conceptualizadas como comportamientos de seguridad, superponiéndose al TAS; sin embargo, esta última condición implica además limitación y deterioro.

Hoy en día existen suficientes estudios transversales y longitudinales para demostrar que el fenotipo de IC es un predictor significativo para la ansiedad social patológica y su inicio temprano (por ejemplo, Knappe et al., 2011), incluso constituye un factor de riesgo más fuerte para el TAS, en comparación con otros trastornos de ansiedad o depresión. No obstante, nada es determinante. Un metanálisis de Clauss y Blackford (2012) arrojó que no todos los niños con comportamiento inhibido desarrollan el TAS (57%), y que no todas las personas con TAS, han mostrado un temperamento de inhibición del comportamiento durante la niñez (15%), lo que refuerza la existencia de múltiples vías para llegar al diagnóstico clínico (principio de multifinalidad). Asimismo, la influencia de la IC sobre el TAS, nunca es directa, sino que está mediada por la interacción con otras variables intrínsecas (p. ej., un patrón reactivo en el procesamiento de información; control y esfuerzos regulatorios más débiles, como bajos niveles de atención flexible; altos niveles de control inhibitorio) y ambientales (Rapee y Spence, 2016).

- Factores cognitivos

Los procesos cognitivos juegan un papel fundamental en la etiología y mantenimiento del TAS. Como se menciona en el apartado del componente cognitivo de la ansiedad social (pág. 19), existen resultados firmes que indican

que los niños y adolescentes con TAS, pueden presentar sesgos y distorsiones cognitivas similares a las de los adultos (ver Tabla 2). Clark y Beck (2012), plantean que los individuos con TAS, tienden a presentar sesgos de juicio de amenaza caracterizados por la exageración de la probabilidad y gravedad de las consecuencias sociales de amenaza, y por la selección de interpretaciones negativas ante eventos sociales ambiguos.

La formación de estos sesgos de juicio en la ansiedad social (p. ej., auto-esquemas maladaptativos sobre la ansiedad como una señal de debilidad o inferioridad) son resultado de la influencia de variables biológicas, ambientales y de otras funciones cognitivas relacionadas a aspectos maduracionales (Rapee y Heimberg, 1997). Respecto a las variables biológicas, se conoce que a medida que el cerebro se va desarrollando, los procesos cognitivos de autorregulación también van madurando, pasando del procesamiento únicamente reactivo o automático, a la formación de otras formas de autorregulación más complejas que modulan las respuestas más impulsivas presentes en la infancia. Sin embargo, no todas las estrategias cognitivas de regulación (como la planificación, el razonamiento o el comportamiento dirigido a objetivos) progresan de manera adaptativa, Spence y Rapee (2016) sugieren que los niños socialmente ansiosos probablemente tengan un patrón de procesamiento automático intensificado y dificultades para controlar o dirigir las funciones cognitivas de manera flexible, lo que resulta en comportamientos rígidos y sobrecontrolados.

En cuanto a los procesos cognitivos, la atención y la memoria desempeñan papeles fundamentales al momento de regular la reactividad temperamental negativa resultado de las influencias biológicas, como la tendencia a dirigir los recursos atencionales a los estímulos de amenaza, y ambientales, como el

aprendizaje de consecuencias sociales negativas por la comunicación o modelado de los padres (Rapee y Heimberg, 1997). Spence y Rapee (2016) proponen que, como la capacidad atencional es un indicador de alto esfuerzo, si existe un poco control sobre su flexibilidad y focalización, las probabilidades de regular dicha reactividad también se reducirían, probablemente al impedir que la atención se aleje de los estímulos de amenaza (p. ej., elevación de la tasa cardíaca o pensamientos automáticos negativos). En este sentido, si el individuo atiende inmediatamente a la respuesta fisiológica de sudoración y ante esto genera un pensamiento reactivo como “se van a dar cuenta que estoy sudando”, sin ser capaz de refocalizar su atención a otras señales internas o externas (p. ej., notar que la gente está a una gran distancia como para notar la sudoración) que las contrasten, se van a seguir generando más cogniciones negativas, respuestas fisiológicas o comportamiento de seguridad, provocando además una dilatación de la activación emocional aún más prolongada. Asimismo, si el sujeto se queda fijado en un estímulo, lo más probable es que genere recuerdos parciales en relación a lo que atendió y no en consideración de las otras señales también presentes en el evento; sin embargo, según las revisiones de Clark y Beck (2012), el respaldo para el sesgo de memoria explícita en el TAS aún es escaso.

Otro aspecto cognitivo importante es la imagen mental que el individuo elabora de sí mismo y la propensión a adoptar la perspectiva del observador, es decir, a verse desde un punto de vista externo. En comparación con individuos no ansiosos, las personas con TAS tienden a presentar autoimágenes espontáneas más negativas que favorecen a los demás sobre él; dichas representaciones han sido creadas por recuerdos de experiencias pasadas, señales internas y externas (Rapee y Heimberg, 1997), pudiendo influir significativamente en la activación de

sesgos de juicio de incompetencia social, una angustia más intensa, mayor uso de comportamientos de seguridad, y un desempeño social más deficiente (Clark y Beck, 2012).

De igual modo, se teoriza que la rumiación o revisión mental excesiva también constituye un proceso cognitivo clave para el aumento del valor de la amenaza social (Penney y Abbott, 2014). Investigadores como Rappe y Heimberg (1997) han encontrado que los individuos con TAS, participan en la rumiación negativa excesiva y persistente tanto en la fase anticipatoria como posterior a la exposición socio-evaluativa. Esta actividad favorecería la perpetuación de las autoimágenes negativas y de las predicciones de resultados de “fracaso” para futuros eventos (Penney y Abbott, 2014). En cuanto a la rumiación post- evento, la evidencia indica que las personas socialmente ansiosas tienden a la revisión “post- mortem” excesiva y negativa de su actuación social, haya sido objetivamente deficiente o no. Algo similar sucede respecto a la rumiación previa, aunque algunos autores no lo hayan hecho explícito en su modelo cognitivo (Clark y Beck, 2012), las personas con TAS también repasan “pre- mortem” las fallas pasadas, autoimágenes negativas y predicciones de rechazo antes de la exposición socio-evaluativa, lo que las hace menos receptivas a indicadores objetivos de aprobación (Penney y Abbott, 2014). Podría hipotetizarse que la rumiación tanto previa como posterior al evento, también estaría influenciada por la dificultad de controlar o dirigir la reactividad de los otros procesos vistos anteriormente (p. ej. capacidad atencional débil), así como, la rumiación podría reforzar la reactividad o automatización de manera bidireccional, facilitando la elaboración de sesgos de juicios rígidos, y obstaculizando el cambio flexible a otras formas de pensamiento.

- Déficit de desempeño social y comportamientos de seguridad

Spence y Rapee (2016) postulan que, mientras que un subconjunto de comportamientos de seguridad constituye características temperamentales (IC) relevantes para el desarrollo del TAS, otros son consecuencia de una ansiedad social más intensa y más relevantes para su mantenimiento. Asimismo, basándose en diversas evidencias, apoyan la explicación de Spence, Donovan y Brechman-Toussaint (1999) la cual propone que existe un círculo vicioso en el que los niños y adolescentes con TAS, muestran un desempeño socialmente deficiente resultante en consecuencias sociales aversivas. Dichas consecuencias a su vez elicitaban respuestas ansiosas y un posterior escape de las situaciones, generando menos oportunidades para el aprendizaje de habilidades sociales, y por ende, un desenvolvimiento social más pobre (Spence et., al 1999). En ese sentido, los comportamientos de seguridad que incluyen el escape no solo dificultan la adquisición de habilidades sociales, sino que también favorecen la incompetencia social, pues los individuos podrían aplicar las pocas habilidades que poseen dentro de un contexto donde no son pertinentes.

Finalmente, a pesar de que aún no está claro, si el desempeño deficiente es una falta real de habilidades o es una consecuencia de la ansiedad social; lo que sí resulta evidente es que ese tipo de desenvolvimiento refuerza la ansiedad social de manera recíproca influyendo en su mantenimiento; por lo que se considera necesario que las intervenciones terapéuticas cuenten con un componente que trabaje con tales déficits (Spence y Rapee, 2016).

1.1.7.2 Factores extrínsecos o ambientales

- Las relaciones entre iguales y el contexto escolar

A medida que los niños van creciendo y conociendo otros contextos diferentes al familiar, la necesidad de mantener relaciones positivas entre iguales y de desempeñarse bien en las tareas sociales, va cobrando mayor importancia. La escuela es uno de los principales contextos que permite que el niño o adolescente se exponga a diferentes tipos de experiencias relacionadas a la evaluación social, positivas o no. Algunas de las situaciones temidas abarcan aquellas relacionadas con el desempeño frente a la clase (p. ej., leer en voz alta, elaborar y responder preguntas a los docentes, exposiciones) y con las relaciones interpersonales entre pares y figuras de autoridad (p. ej., iniciar y mantener conversaciones, ser incluido en un grupo, participar en trabajos grupales, expresar opiniones). Respecto a esta última, Spence y Rapee (2016) proponen que las experiencias sociales negativas, principalmente entre iguales, aumentan el riesgo de desarrollar y mantener la ansiedad social, debido a que facilitan juicios negativos relacionados a las interacciones sociales y conductas de seguridad posteriores, es decir, proporcionan las condiciones para que el sujeto perciba los estímulos socio-evaluativos como amenazantes. Tales experiencias como burlas excesivas, exclusión por parte de personas significativas, victimización, acoso u ostracismo, tendrían un mayor impacto si son directas, duraderas/repetitivas, graves o si ocurren durante períodos sensibles como la primera infancia (Wong y Rapee, 2016).

Spence y Rapee (2016) realizan esa propuesta basándose en las evidencias de estudios longitudinales y transversales de la cultura occidental.

Aquellas investigaciones encontraban que los niños y adolescentes con TAS o socialmente ansiosos presentaban mayor tendencia a ser menos apreciados/aceptados, a tener un grupo de amigos más reducido y mayores probabilidades de ser pasivamente ignorados y victimizados activamente. Asimismo, encontraron que hay una relación bidireccional o “círculo vicioso” entre dichas experiencias y el TAS, siendo los resultados sociales adversos una consecuencia de la ansiedad social, y a la vez, un factor de riesgo para un TAS futuro.

En cuanto al déficit de desempeño social como factor de riesgo para experiencias negativas, se ha hallado que los niños con habilidades sociales pobres o que muestran un comportamiento socialmente ansioso y reticente, son percibidos por sus pares como menos agradables, menos atractivos y más merecedores de victimización, crítica y rechazo. En relación a ello, Spence y Rapee (2016) también sugieren que es probable que estos niños o adolescentes victimizados sean además protegidos por otros compañeros, y que esa conducta de resguardo solo facilitaría y perpetuaría el acoso de sus compañeros, en lugar de cesarlo. Quizá esto se deba a que la conducta protectora solo confirma la sumisión y la falta de habilidades asertivas del sujeto para defenderse, dando mayores “argumentos” para ser tratado como objeto de burla; sin embargo, a pesar de que estas dos últimas proposiciones tienen una lógica teórica, aún se necesita de evidencia empírica para apoyarlas.

De igual modo, como se mencionó arriba, hay un sustento de que las experiencias adversas también aumentan las probabilidades del TAS futura, por ejemplo, se encontró que la victimización entre iguales, y en particular el bullying, predijo síntomas de ansiedad social en adolescentes durante el periodo de dos

meses (Siegel, La Greca y Harrison, 2009). Y es que es más probable que, ante experiencias de rechazo o burlas, las relaciones interpersonales se interpreten como negativas (Spence y Rapee, 2016), sobre todo si el sujeto ya presenta autoesquemas maladaptativos como ser socialmente inferior, incompetente o incapaz de defenderse, pues reforzaría o “confirmaría” la creencia de ser merecedor de ese tipo de tratos.

Por otro lado, si bien se ha demostrado que las experiencias negativas entre pares constituyen uno de los factores de riesgo más importantes en la etiología y mantenimiento del TAS, existen otras variables presentes en el ámbito escolar que también podrían estar influyendo en el aumento de valor de amenaza de los estímulos socio-evaluativos en dicho contexto. Por lo que se ve la necesidad de realizar mayores investigaciones sobre otros factores, como por ejemplo, las experiencias negativas con docentes o los efectos de ciertos estilos educativos en los alumnos (p. ej. ser extremadamente crítico durante una intervención oral); o la influencia de cultura escolar occidental donde se sobrevalora la extraversión sobre la timidez, invalidando las características de personalidad de dichas personas.

- Conductas de los padres

Los modelos más recientes del TAS infantil, afirman que las conductas negativas de padres desempeñan un papel esencial como factores de riesgo en el desarrollo temprano de la ansiedad social, pues propician oportunidades para que el niño asocie los estímulos socio-evaluativos como amenazantes, sobre todo si está expuesto a ellas durante un tiempo prolongado (Wong y Rapee, 2016). Algunos de estos factores incluyen conflictos familiares, el soporte emocional

deficitario o ausente, apego inseguro, estilos de crianza inadecuados y la ansiedad parental implícita en las interacciones sociales (Sierra, Zubeidat y Fernández, 2006).

La literatura sugiere que estas respuestas parentales están influenciadas por los propios déficits de habilidades o sesgos de ansiedad, y por factores intrínsecos del niño (p. ej. temperamento inhibido y comportamientos de seguridad), de manera recíproca (Spence y Rapee, 2016). En ese sentido, si los padres no alientan a sus hijos a participar socialmente, o no utilizan estrategias de afrontamiento para abordar situaciones nuevas o desafiantes, habría menos probabilidades de facilitar un comportamiento seguro y efectivo, pues los niños no tendrían un modelo de habilidades pro-sociales para imitar a edades tan tempranas. Asimismo, la ansiedad parental estaría implicada en comportamientos que comunican directa e indirectamente la amenaza o la anticipación de consecuencias sociales adversas (p. ej., utilizar la vergüenza como procedimiento de control y disciplina), promoviendo la adquisición de sesgos cognitivos similares en el niño, es decir, los hijos podrían construir esquemas maladaptativos como “la gente busca criticarme”, a través de la información que sus padres les brindan sobre sus propios temores, o de conductas de escape ante situaciones sociales.

En cuanto al factor de crianza, si bien se ha encontrado que diferentes estilos parentales negativos postulan para mantener un temperamento de inhibición conductual (p. ej. crianza excesivamente controladora, intrusiva, crítica o negligente), revisiones meta-analíticas han demostrado que la sobreprotección está más relacionada con el TAS que los estilos autoritarios (Spence y Rapee, 2016). Esto se debe, muy probablemente, a que las conductas de protección excesiva limitan las oportunidades de exposición y práctica de los encuentros

sociales, lo que también contribuiría a la adquisición de sesgos cognitivos de incompetencia por la falta de familiaridad (Sierra et al., 2006), y al poco acceso a la evidencia que pueda contradecir dichos sesgos (Breinholst et al., 2012). De igual modo, como se mencionó previamente, las conductas sobreprotectoras o intrusivas de los padres no se deben únicamente a condiciones personales de ansiedad, sino que también responden a características temperamentales de los niños. Spence y Rapee (2016) señalan que se ha demostrado que la timidez y la inhibición comportamental temprana también provocan la protección posterior de los padres (tiendan a la ansiedad o no), reforzando los comportamientos de seguridad de los niños. Estas respuestas podrían estar mediadas por suposiciones y creencias de los padres sobre sus hijos como vulnerables e indefensos, y/o a las propias creencias de no ser lo suficientemente capaces de ayudarlos de una manera más efectiva, permitiendo que opte por las conductas de evitación (Breinholst et al., 2012). Esta suposición es sumamente importante al momento del tratamiento, ya que, de no trabajarse las cogniciones disfuncionales parentales, la capacidad de apoyar al niño podría limitarse.

Finalmente, se debe tener en cuenta que las evidencias mencionadas presentan limitaciones metodológicas. La mayoría de la pequeña cantidad de estudios realizados han sido de modalidad prospectiva o transversal y/o realizan una operacionalización inconsistente de los estilos de crianza (Wong y Rapee, 2016), por lo que se sugiere centralizar la elaboración de investigaciones que brinden variables ordenadas temporalmente, como las longitudinales y experimentales.

- Traumatismos, abusos, acontecimientos adversos

Así como la literatura actual registra que un amplio espectro de trastornos en la adolescencia, se ven influenciados por acontecimientos adversos y traumas durante la infancia como la violencia física, sexual y emocional, antecedentes de separación o de relaciones conflictivas entre los padres, enfermedades o accidentes infantiles y psicopatología parental (incluida el abuso de sustancias, conducta criminal y salud mental). También se ha encontrado una asociación positiva entre dichos eventos y la ansiedad social (Wong y Rapee, 2016). Sin embargo, al momento de indagar en esta última suposición, generalmente se han empleado informes retrospectivos y estudios transversales, por lo que se necesita de otra metodología (longitudinal y prospectiva) para determinar con mayor veracidad, el impacto de la exposición a dichas experiencias sobre la evolución del TAS. De igual modo, se precisa de estudios sobre la interacción de estos eventos con otros factores intrínsecos y extrínsecos, para así establecer los posibles efectos moderadores en el desarrollo del TAS (Spence y Rapee, 2016).

- Factores culturales

La cultura cumple un rol fundamental en el establecimiento de los estándares normativos de una comunidad. Wong y Rapee (2016), en su modelo sobre la etiología y mantenimiento del TAS, proponen que las características culturales de una sociedad, pueden influir en el aumento del valor de la amenaza social. De manera más específica proponen que, mientras más se aleje un individuo de los comportamientos sociales esperados para su cultura, mayor será el nivel del valor de amenaza, sobre todo si existe una poca apertura hacia las

diferencias individuales, pues habría más probabilidades de calificar a alguien de manera negativa.

En consistencia con estos supuestos, Spence y Rapee (2016) sostienen que las diferencias culturales, también influyen en la manifestación clínica de la ansiedad social, en su umbral diagnóstico y en su prevalencia, identificando que en los países del Asia oriental las personas que padecen del TAS, presentan una menor prevalencia y una mejor calidad de vida en comparación con los sujetos socialmente ansiosos de los países occidentales. Y es que, en dicha cultura la reticencia social suele verse como normativa o incluso positiva (Rapee y Spence, 2016). Por ejemplo, mientras que en otras culturas la evasión del contacto visual es vista como una señal de inseguridad, en países como Japón o Corea es un indicador de respeto.

A pesar de que aún se necesita continuar con investigaciones para establecer afirmaciones concluyentes, esta información no sólo es significativa para sugerir que los factores culturales son relevantes para la etiología, mantenimiento, diagnóstico y prevalencia del TAS, sino que también invita a reflexionar sobre el papel decisivo de la sociedad, en el nivel de deterioro de los sujetos con diferentes tipos de trastornos.

1.2 Terapia Cognitivo Conductual en TAS

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC), es una forma de intervención psicológica, que postula la existencia de creencias irracionales y/o conductas desadaptativas que generan o mantienen un malestar significativo, relacionado a los trastornos mentales (Fullana et al., 2011). El objeto de tratamiento es la conducta (a nivel cognitivo, conductual, emocional y fisiológico), la cual es

descrita operacionalmente para poder ser medida y evaluada. Asimismo, el profesional de la salud que maneja este tipo de terapia, ayuda al paciente a definir los objetivos terapéuticos, y le enseña a emplear técnicas y procedimientos con base científica y/o experimental, a fin de reducir su malestar y lograr un cambio conductual (Ruiz, Diaz y Villalobos, 2012). Respecto a sus características, en comparación con otras formas de tratamiento, la TCC suele ser breve, más directiva y muy frecuentemente, solicita la práctica de las habilidades aprendidas “en casa” (Fullana et al., 2011).

De igual modo, cabe resaltar que las técnicas aplicadas en la TCC se separan en cognitivas y conductuales solo por propósitos instructivos, pues muchas de las técnicas afectan a los componentes cognitivos, conductuales y emocionales, al existir entre estos una relación circular y bidireccional (Knapp y Beck, 2008).

- Eficacia de la TCC en el TAS

En relación a su eficacia, la TCC es una de las psicoterapias más ampliamente investigadas (Olatunji y Hollon, 2010). Una revisión de Fullana et al. (2011) concluyó que la TCC, es el tratamiento psicológico (o uno de los tratamientos) de primera elección para un número considerable de trastornos mentales no psicóticos, tanto en adultos como en pacientes pediátricos (a excepción del trastorno por déficit de atención e hiperactividad). Y aunque según sus resultados la eficacia era variable según el tipo de trastorno y el procedimiento, la TCC era superior al placebo psicológico o farmacológico, el tratamiento habitual y la lista de espera. En cuanto al TAS en adultos, cada vez hay más pruebas de que la TCC tradicional, empleada en el tratamiento de la

mayoría de los trastornos de ansiedad, es menos eficiente para el TAS que para otros tipos de ansiedad. Estos resultados relativamente pobres posiblemente se deban a que su enfoque genérico no le permite centrarse en los componentes cognitivos y conductuales que participan específicamente en el desarrollo y mantenimiento del TAS (Spence y Rapee, 2016). Las estrategias consideradas como las más adecuadas son: la exposición (en cualquiera de sus vertientes), el entrenamiento en habilidades sociales, la reestructuración cognitiva, y la combinación entre éstas o con farmacoterapia, esta última en cuadros clínicos más graves (Labrador y Ballesteros, 2011; Fullana et al., 2011). En esta línea, basándose en las evidencias de las investigaciones, la APA (2010) publicó que para el tratamiento del TAS es recomendable la combinación de la terapia cognitiva y técnicas de exposición pertenecientes a la TCC.

1.2.1 TCC en niños y adolescentes con TAS

En comparación con los resultados en adultos, hasta la fecha no existen estudios que examinen si la intervención específica para el TAS en la edad pediátrica, es en realidad más efectiva que el enfoque genérico del TAS tradicional. Aun así, Spence y Rapee (2016) indican que para las intervenciones en niños con TAS es importante, en términos conductuales, incluir elementos que enseñen habilidades sociales y reducción de la victimización; y en términos cognitivos, detectar y tratar los esquemas maladaptativos sobre sí mismos y de los demás, disminuir los procesos atencionales sesgados, y modificar las interpretaciones relacionadas con las expectativas y valoraciones negativas que aumentan el valor de la amenaza de los estímulos socio-evaluativos. Tal sugerencia coincide con las recomendaciones para la TCC no tradicional en adultos, previamente mencionada.

- La participación de los padres

Como se vio anteriormente, las conductas de los padres, especialmente la intrusión o sobreprotección, constituyen un factor de riesgo importante para la etiología y el mantenimiento del TAS. Es por ello que desde hace unos años se ha empezado a investigar si la participación de los padres o cuidadores en la terapia, genera o no mejores efectos en comparación con su ausencia; sin embargo, los resultados a favor de la inclusión o exclusión aún están lejos de definirse, debido a las variaciones o limitaciones metodológicas de los diversos estudios (Breinholst et al., 2012). Por un lado, la guía NICE (2010) sostiene que el involucramiento de los padres aseguraría la entrega efectiva de la intervención psicoterapéutica, sobre todo en el caso de niños pequeños, por lo que recomiendan: (a) en caso los padres puedan asistir, psicoeducarlos y entrenarlos en habilidades para promover y reforzar la exposición del niño, a las situaciones socio-evaluativas temidas y el desarrollo de habilidades; y (b) en caso no puedan participar, proporcionarles y compartirles información escrita. Adicionalmente, en cuanto a los niños y adolescentes en sí, la guía NICE (2010) también hace hincapié en el intervenir considerando el nivel de desarrollo, la madurez emocional y la capacidad cognitiva del paciente; y en relación a los padres y cuidadores, realizar además una evaluación de sus propias necesidades, incluyendo: el soporte emocional y el asesoramiento para obtener apoyo práctico (p. ej., entrenamiento en técnicas de modificación de conducta). En contraste a lo recomendado en esta guía, un estudio de Öst, Cederlund y Reuterskiöld (2015) encontró que no existían diferencias significativas entre la participación de los padres en la terapia y la condición de “solo hijo”, no obstante, dichos resultados podrían deberse a que en su diseño de intervención se introdujo únicamente un componente psicoeducativo

y no herramientas activas para moldear el comportamiento apropiado en situaciones sociales (Öst, et al., 2015). En esta línea, Breinholst et al. (2012) también llevó a cabo varios ensayos controlados aleatorios para valorar el impacto de la participación de los padres en la TCC en niños con trastornos de ansiedad (incluyendo el TAS), sin poder establecer datos concluyentes; sin embargo, sí pudo demostrar que la TCC es eficaz para niños con trastorno de ansiedad, incluso sin la participación de los padres, sugiriendo que los pacientes pediátricos aún pueden beneficiarse de la TCC si sus cuidadores no pueden o se niegan a unirse a las sesiones de terapia con sus hijos.

1.2.2 Técnicas operantes para la modificación de conductas

Se entiende como conductas operantes, a aquellas que operan o influyen sobre el contexto. Estas conductas particulares, se emiten bajo ciertas relaciones probabilísticas (contingencia), donde previamente tuvo que haberse presentado un estímulo interno o externo (antecedente), y se espera que ocurra un impacto posterior a su emisión (consecuencia), este impacto es el que determina las posibilidades de su fortalecimiento o debilitamiento, dimensiones que están mediadas por principios básicos como: reforzamiento, castigo, extinción y control de estímulos.

Por lo tanto, las técnicas operantes son aquellas que trabajan sobre estos antecedentes y consecuentes con la finalidad de conseguir cambios en la respuesta operante. Generalmente estas técnicas se categorizan según su finalidad: (1) desarrollar, incrementar o mantener conductas; (2) disminuir o extinguir conductas; y (3) potenciarlas y/o debilitarlas.

1.2.2.1 Incremento y mantenimiento de conductas

Cuando hablamos de incremento o mantenimiento de conductas necesariamente también nos referimos al principio básico de reforzamiento, consistente en la introducción de un estímulo concreto positivo o agradable para el sujeto, o en el retiro de uno negativo, desagradable o aversivo, posterior a la emisión de la respuesta, para el aumento de su frecuencia o probabilidad (refuerzo).

Los reforzadores son variados y están clasificados en función a diferentes criterios como su origen, naturaleza, valencia, etc. En la Tabla 6 se muestran algunos de los reforzadores más importante según Ruiz et al. (2012):

Tabla 6.

Tipos de reforzadores

Reforzadores primarios o incondicionados	Aquellos relacionados a las necesidades básicas del ser humano; por ejemplo, la comida o la bebida. Su valor reforzante depende de si dichas necesidades están saciadas o no.
Reforzadores secundarios o condicionados	Son secundarios porque están condicionados y no se dan de manera automática. Anteriormente eran estímulos neutros y luego obtuvieron su valor reforzante por medio de un proceso de aprendizaje.
Reforzadores tangibles	Son objetos materiales primarios o secundarios; por ejemplo, comida, ropa, dinero.
Reforzadores sociales	Aquellos estímulos agradables relacionados a la interacción social como muestras de interés o afecto, validación, aprobación, reconocimiento, entre otras. Son considerados como uno de los reforzadores más potentes. Se pueden administrar verbalmente, por escrito, contacto físico o por gestos.
Actividades reforzantes	Son las actividades, placenteras o no, que resultan gratificantes para el sujeto o son valoradas por él.

Igualmente, el reforzamiento negativo también aumenta la probabilidad de aparición o mantenimiento de una conducta, pero a través del retiro del estímulo negativo/aversivo, inmediatamente después de haber realizado la conducta operante. Por ejemplo, si un niño llora porque no quiere ir al médico, y como consecuencia el padre de familia ya no lo lleva, las probabilidades de que el niño emplee el llanto como medio para evitar las situaciones que no son de su agrado se incrementarán.

Asimismo, existen reglas que indican cómo fomentar, aumentar y mantener una respuesta en función de la aplicación de los reforzadores, a estas se las llama programas de reforzamiento continuo y/o intermitente. El reforzamiento continuo es efectivo, cuando se desea instaurar una conducta y consiste en la administración de un reforzador, cada vez que se realiza la respuesta que se desea incrementar. El reforzamiento intermitente también consiste en la presentación de un reforzador, de manera contingente a la realización de la conducta, pero no en todas las ocasiones en que esta se efectúa, siendo más efectivo para el mantenimiento de respuestas ya instauradas.

- Economía de fichas

La técnica de economía de fichas es un programa de contingencias que tiene como objetivo instaurar, incrementar y mantener conductas deseadas, por medio de la administración inmediata de una ficha, la cual funciona como un reforzador generalizado debido a que se puede intercambiar por otros reforzadores previamente seleccionados (Ruiz et al., 2012).

Este programa se compone por: (1) una lista de conductas concretas que se pretenden modificar; (2) la indicación de la cantidad de fichas equivalentes a

las conductas; (3) la elección de los reforzadores por los que se canjearán las fichas o puntajes obtenidos; y (4) la especificación clara y detallada de las normas que regirán el programa (p. ej. la fecha de entrega de los reforzadores).

1.2.2.2 Reducción o eliminación de conductas

Los principios básicos involucrados en las técnicas de reducción o eliminación de conductas, son el castigo y la extinción. El castigo es la introducción de un estímulo aversivo o el retiro de uno positivo, después de que la conducta ha sido ejecutada, generando consecuentemente la disminución de su frecuencia o probabilidad. La extinción también consigue los mismos objetivos, solo que dejando de reforzar una conducta previamente reforzada.

- Tiempo fuera

El tiempo fuera es una técnica basada en el castigo negativo que trata de impedir el alcance temporal del sujeto a los reforzadores, inmediatamente después de que se lleve a cabo la conducta inadecuada que se desea reducir o eliminar.

Spiegler y Guevremont (2010), citado por Ruiz et al. (2012), indican que el nivel de efectividad del tiempo fuera, depende del cumplimiento de varias condiciones como: (a) el sujeto debe conocer los motivos por los que se le está castigando; (b) la duración del tiempo fuera debe ser breve, aproximadamente un minuto por cada año de edad del sujeto; (c) el ambiente debe estar libre de estímulos agradables; (d) sólo debe culminar cuando la persona haya dejado de realizar conductas inapropiadas (p. ej. gritar); y (e) la técnica no debe emplearse para ayudar al niño a escapar de una situación que precisamente quiere evitar (p. ej., mandarlo a su habitación en tiempo fuera por no querer lavar los platos).

Estas condiciones podrían verse facilitadas por otros componentes, como el establecimiento de normas bien definidas, la advertencia previa del castigo y la consistencia en su ejecución.

- Coste de respuesta

El coste de respuesta también es una técnica basada en el castigo negativo. Consiste en la pérdida de un reforzador positivo del cual el sujeto ya dispone; por ejemplo, perder el acceso a una cochera por no pagar la mensualidad. Con el coste de respuesta se trabaja el autocontrol y la demora de las gratificaciones, y se tiene menos efectos perjudiciales que empleando un castigo positivo. También se puede emplear en combinación con la economía de fichas, tras el incumplimiento de alguna de las conductas acordadas.

- Sobrecorrección

La sobrecorrección es una técnica que se utiliza tras la realización de la conducta inadecuada que pretendemos eliminar, disminuir o corregir. No cumple con las características del castigo positivo ni negativo, pues no se emplean estímulos aversivos para el sujeto, sino que se introduce la realización de actividades que pueden resultar incómodas al requerir algún tipo de esfuerzo (Ruiz et al, 2012).

La sobrecorrección tiene dos mecanismos de actuación independientes: la restitución y la práctica positiva. La primera, se refiere a la corrección de las consecuencias ocasionadas por la conducta inapropiada, como lavar la pared que se manchó; y la práctica positiva, consistente en realizar la conducta apropiada repetidas veces (incluso excesivamente), como lavar además otras paredes de la

casa. En ambos casos existe un componente educativo en contraste con el castigo, pues en este último no se muestran respuestas adecuadas como alternativa a la conducta inapropiada.

1.2.3 Técnicas cognitivas

Se conoce que las personas analizan la realidad mediante métodos lógicos y empíricos, es decir, formulan hipótesis sobre uno mismo y el mundo, con la finalidad de comprobar su validez; sin embargo, muchas veces estas hipótesis se elaboran sin haber analizado previamente si las premisas de las que se parten son correctas o no, lo que puede llevar a conclusiones erróneas o producto de pensamientos sesgados (Ruiz et al., 2012). Las creencias son consideradas conductas internas sumamente relevantes en las respuestas emocionales y en el comportamiento, por lo que una creencia irracional maladaptativa (caracterizada principalmente por ser absolutista y dogmática), podría generar emociones desadaptativas y/o conductas que se alejen de las metas personales acordes a una situación particular.

Por otro lado, si bien es verdad que los procesos cognitivos por sí solos no son suficientes para explicar la causalidad de una conducta o psicopatología, sino que hay múltiples factores (de naturaleza biológica, psicológica y social/ambiental) que también están influyendo, aún siguen siendo los procesos más relevantes y determinantes del comportamiento (Knapp y Beck, 2008). Desde este punto de vista, durante las intervenciones terapéuticas es necesario lograr el cambio o la reestructuración de las cogniciones. La reatribución cognitiva, las técnicas de discusión y debate de creencias, el entrenamiento en autoinstrucciones, el ensayo

cognitivo y las técnicas de distracción cognitiva e imaginación son algunas de las técnicas cognitivas que permiten dicho cambio.

- Reestructuración Cognitiva

Las técnicas para la reestructuración cognitiva están centradas en la identificación y cambio de las creencias irracionales, pensamientos distorsionados y/o autoverbalizaciones negativas, que están favoreciendo el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Para ello, Knapp y Beck (2008) señalan que los profesionales de la salud mental deben enseñar al cliente a: (1) monitorear e identificar pensamientos automáticos; (2) reconocer las relaciones entre cognición, emoción y conducta; (3) probar la validez de los pensamientos automáticos y las creencias centrales; (4) reemplazar las conceptualizaciones sesgadas por cogniciones más realistas; y (5) detectar y cambiar las cogniciones subyacentes a patrones de pensamiento defectuosos.

En el caso de la ansiedad en general, los supuestos básicos que se tratan de reestructurar están asociados a creencias nucleares como, la necesidad de control, de evitar situaciones desconocidas, de estar siempre calmado, y de ser tan o más competente que los otros en todas las situaciones. Un ejemplo de supuesto básico sería “si no tengo control total de una situación, algo terrible sucederá”. En cuanto al TAS en específico, los esquemas negativos asociados consisten en creencias maladaptativas de incompetencia en la actuación social la cual llevará a creerse “inadecuado” para los otros y por lo tanto ser necesariamente rechazados o alguna otra consecuencia negativa (Ruiz et al., 2012).

Las técnicas de discusión y debate de creencias son uno de los procesos más relevantes para la reestructuración de tales creencias y/o supuestos. Para ello el terapeuta emplea argumentos basados en la lógica, en la evidencia empírica y el pragmatismo (o qué tan útiles son sus creencias a favor de sus objetivos). Asimismo, durante la discusión o el debate el terapeuta emplea diferentes estilos según la ocasión. DiGiuseppe (1991), citado por Ruiz et al. (2012), refiere que algunos de los estilos más comunes son el socrático, didáctico, metafórico y humorístico. La edad del paciente es uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta al momento de emplear un estilo o escoger algún tipo de argumento, pues como se mencionó anteriormente, el nivel de desarrollo, la madurez emocional y la capacidad cognitiva del paciente deben ser considerados al momento de intervenir (NICE, 2010). Por este motivo, en el caso de niños pequeños, se considera necesario ampliar la experiencia directa o indirecta del paciente, para así poder cuestionar sus creencias previas y generar nuevas más racionales, más aún si se emplean recursos que le faciliten la comprensión, como los cuentos o historias análogas relacionadas a un estilo metafórico.

- Entrenamiento en Autoinstrucciones

Otra técnica cognitiva sumamente ventajosa es el entrenamiento en autoinstrucciones, especialmente cuando las personas tienen dificultades para rebatir sus creencias irracionales por procedimientos de discusión o socráticos (Ruiz et al., 2012).

Las autoinstrucciones son frases o pensamientos que, como un monólogo interno para uno mismo, nos indican cómo pensar, comportarnos y realizar

algunas tareas o afrontar problemas, es decir, se emplean como guías previas para facilitar la ejecución o control de cierto modo de acción (Minici, Rivadeneira y Dahab, 2008).

En general, el proceso de las autoinstrucciones en niños se da por varias etapas. En primer lugar, la conducta es dirigida por las instrucciones de los adultos. Luego el niño se autoinstruye en voz alta de forma muy semejante a lo que se le indicó. Finalmente, cuando el comportamiento se encuentra más consolidado, el niño internaliza las autoinstrucciones, o sea, las vuelve encubiertas. Cabe resaltar que mientras más compleja sea la tarea, mayor será el requerimiento de las autoinstrucciones (Minici et al., 2008).

1.2.4 Técnicas conductuales

La finalidad de la aplicación de las técnicas conductuales puede variar según el tipo de modelo, mientras que para la Terapia de la Conducta el objetivo en sí mismo, es el cambio de la conducta manifiesta, para la Terapia Cognitiva es la modificación de las cogniciones del paciente, por lo que las técnicas conductuales sólo son empleadas como medios para tal fin; por ejemplo, a modo de experimento para probar la validez de las hipótesis o creencias del cliente (Ruiz et al., 2012).

- Exposición

La exposición es considerada como una de las herramientas más efectivas para la intervención en los trastornos de ansiedad en general, en los cuales su rasgo central está constituido por comportamientos de seguridad o evitativos.

Su uso consiste en la realización de una acción opuesta a la evitación, más concretamente, en poner al individuo en contacto con el estímulo amenazante con el objetivo de habituarlo y extinguir la respuesta de miedo, y con ello finalmente facilitarle un nuevo aprendizaje, en dirección a la neutralización del estímulo temido. Más que la habituación, la reducción del miedo o de la ansiedad, es un componente clave en las técnicas de exposición (Ruiz et al., 2012). Dicha reducción, contrario a lo que se creía anteriormente, no se da por el principio de extinción conductual de las respuestas del miedo, sino que sucede porque la exposición permite un nuevo aprendizaje de seguridad diferente a la evitación. De igual modo, este aprendizaje comportamental también genera mecanismos de cambio a nivel cognitivo y emocional. En relación al componente emocional, el sujeto aprendería que el objeto amenazante ya no es capaz de activar los mismos circuitos cerebrales del miedo, y por lo tanto, el mismo nivel de las respuestas fisiológicas; y respecto al componente cognitivo, podría aprender que la probabilidad de ocurrencia de las consecuencias catastróficas es en realidad mucho más baja de lo que creía, o que en general, el objeto temido ya no se asocia con consecuencias amenazantes, cambiando la experiencia subjetiva de la ansiedad. Adicionalmente, Ruiz et al. (2012) señala que para que el aprendizaje de seguridad se consolide como un patrón estable y predominante, será necesario un esfuerzo activo y prolongado, y de la creatividad colaborativa entre el terapeuta y el paciente.

Existen diferentes tipos de exposición: real/en vivo o simbólica/imaginada, inundación o exposición gradual, etc. La exposición en vivo o real, ya sea de forma graduada o a modo de inundación, ha demostrado ser la técnica de exposición más efectiva y eficaz para los trastornos de ansiedad. Si el individuo

entra en contacto con el estímulo amenazante y esto le comienza a generar niveles de activación fisiológica muy elevados a punto de que resultase imposible, podría retirarse temporalmente; sin embargo, para que esta técnica sea efectiva, lo ideal es que permanezca en la situación de manera prolongada. Para que esto suceda, se podría hacer uso de estrategias reguladoras de ansiedad como ejercicios de relajación (p. ej., respiración diafragmática), autoinstrucciones, distracción, entre otras. Asimismo, en problemas de ansiedad social o en condiciones donde es aconsejable practicar en un ambiente controlado, se utiliza una variante de exposición en vivo llamada exposición simulada, consistente en ensayos conductuales donde participan varias personas, para representar la situación temida y así se experimente un mayor grado de control, previo a una exposición en vivo en un contexto natural.

- Entrenamiento en Habilidades Sociales

El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se refiere al proceso de aprendizaje de conductas socialmente habilidosas, es decir, aquellas conductas que comunican emociones, actitudes, deseos, opiniones o derechos dentro de un contexto interpersonal de manera efectiva según la situación, respetando los derechos de los demás, y que habitualmente resuelven los problemas inmediatos y disminuyen la probabilidad de problemas futuros (Caballo, 1997).

Alberti y Emmons (1978), citado por Ruiz et al. (2012), indican que antes de administrar un EHS es importante que el paciente comprenda los principios básicos de una conducta apropiada según el contexto social (p, ej., derechos humanos o tipos de comunicación). La intervención para el EHS incluye a su vez varias técnicas y procedimientos. Los componentes más comúnmente utilizados

son: la justificación del entrenamiento o aleccionamiento, modelado, ensayo de conducta, feedback o retroalimentación y el reforzamiento de las conductas que se desean alcanzar (ver Caballo, 1997). Sin embargo, también se emplean otras técnicas, recursos y componentes. En cuanto a los componentes, las tareas para la casa (asignadas de menor a mayor dificultad) y las estrategias de generalización de las conductas habilitadas hacia contextos y personas diferentes, son sumamente importantes para la asimilación de lo aprendido en consulta. Y respecto a las técnicas y recursos, también se puede hacer uso de: autoinstrucciones, relajación, técnicas de exposición, detención del pensamiento, técnicas de solución de problemas, lecturas, videos, reestructuración cognitiva, etc.

CAPÍTULO II

PRESENTACIÓN DEL CASO

2.1 DATOS DE FILIACIÓN

Nombre	: Lucía
Edad	: 9 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 11 de diciembre del 2008
Lugar de Nacimiento	: Lima, Perú
Lugar de Residencia	: Callao, Perú
Grado de Instrucción	: 4to de Primaria
Ocupación	: Estudiante
Número de Hermanos	: 2
Lugar que Ocupa	: 1ero
Composición Familiar	: Padres y hermanos
Informante	: La madre de la paciente y la paciente
Examinador	: Alexia Guarniz Monjarás
Fecha de Evaluación	: 02/03/18, 08/03/18, 16/04/18, 20/04/18 y 25/04/18

2.2 MOTIVO DE CONSULTA

La paciente es traída a consulta por la madre, quien refiere que su hija suele mostrarse muy ansiosa ante situaciones sociales diferentes al ámbito familiar tales como: ser presentada a una persona desconocida, expresar su punto de vista, hablar con figuras de autoridad, participar en intervenciones orales, realizar exposiciones ante una audiencia y/o leer en voz alta frente a sus compañeros de clases. Dicha ansiedad suele experimentarse de manera intensa, y antecede a comportamientos de seguridad que empobrecen su desenvolvimiento durante las interacciones personales y públicas, pues disminuye el volumen de su voz para no ser escuchada, se expresa empleando frases cortas y con un tiempo de latencia prolongado, disminuye el contacto visual, se frota o esconde las manos, pide que otros respondan por ella, evita hacer solicitudes o preguntas a sus profesores, entre otras. La madre refiere, que todas estas conductas hacen que los demás la consideren una niña muy tímida, sumisa y “nerviosa”. Respecto a ello también relata que, a pesar de que la paciente siempre ha tendido presentar conductas de inhibición relacionadas a un temperamento introvertido, y que nunca ha ocurrido algún evento desafortunado que haya influido significativamente en la problemática. Actualmente, la ansiedad está alcanzando marcadas limitaciones en su funcionamiento. De igual manera, la paciente afirma presentar ideas anticipatorias de un posible fracaso relacionado a críticas, burlas, llamadas de atención y calificaciones negativas, y añade además, experimentar una intensa ansiedad ante otras situaciones, que impliquen la evaluación de su desempeño, pues teme que, de obtener un bajo rendimiento académico, su madre pueda llamarle la atención o castigarla.

Por otro lado, al contrario de la inhibición expresada a nivel social, la madre manifiesta sentirse preocupada porque en casa, Lucía “no se porta bien”. Cada vez que le piden que ayude con quehaceres del hogar, que realice sus tareas de la escuela, o la castigan por no obedecer, se torna irritable y comienza a llorar quejándose de que es injusto, a suplicar que le quiten el castigo, y que le ayuden con sus deberes escolares o que los realicen por ella (a pesar de no tener dificultades para comprenderlos o emprenderlos). La madre refiere que dichas conductas regresivas y de indefensión ocurren con una frecuencia casi diaria, con una duración aproximada de una hora y con una notoria intensidad que afecta la funcionalidad de la dinámica familiar. Reconoce no saber cómo abordar la problemática, por lo que también solicita ayuda profesional en dicho contexto.

2.2.1 Episodios previos

- Ausencia de episodios previos.

2.3 PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

2.3.1 Historia personal

2.3.1.1 Etapa Prenatal

La madre refiere que, si bien el embarazo de Lucía no fue planificado, sí fue deseado. Obtuvo conocimiento del mismo a la octava semana de gestación, donde a través de los exámenes gineco obstétricos, se logró verificar el adecuado estado de salud del embrión; sin embargo, posteriormente se detectó que la paciente se encontraba en posición podálica y con doble circular de cordón. Adicional a ello, no hubo otras complicaciones o accidentes relevantes.

2.3.1.2 Etapa Perinatal

El parto ocurrió por cesárea a los 8 meses y medio de gestación debido a las situaciones particulares mencionadas, y fue asistido por médicos y técnicos dentro de una unidad de salud de segundo nivel. El estado de la recién nacida mostró una buena apreciación en general, con una talla de 46 cm y pesando 2,9 kg. No requirió estar en incubadora y fue dada de alta al día siguiente.

2.3.1.3 Etapa Posnatal y Primera Infancia

Los datos relacionados a los primeros años de vida indican que la paciente, contó con un desarrollo acorde a la norma. Respecto a la psicomotricidad, sostuvo la cabeza a la edad de 2 meses, se sentó a los 6 meses, gateó a los 7 meses, logró ponerse de pie a los 10 meses y caminó al año. Durante la adquisición de la marcha detectaron que Lucía presentaba hipotonía muscular debido a las dificultades para mantenerse de pie, no obstante, dicha complicación no generó mayores afectaciones.

De igual modo, la paciente recibió leche materna hasta los 2 años de edad, no hubo dificultades en el proceso de destete ni de ablactancia y contó con un buen apetito que persiste hasta la actualidad. A los 2 años controló la vejiga durante el día y totalmente a la edad de 3 años y medio; por otro lado, dijo sus primeras palabras desde los 9 meses y habló de manera inteligible a los 2 años.

2.3.1.4 Escolaridad

Inicial

Es a comienzos del nivel inicial, cuando la paciente empieza a manifestar una inhibición conductual más evidente. Dentro de las conductas que justificarían

dicha dimensión temperamental, destacan la reticencia a saludar a personas extrañas (ya sean docentes o compañeros del aula), así como las rápidas reacciones emocionales ante situaciones novedosas, lo cual ya reflejaba el alto nivel de sensibilidad frente a dichas condiciones o estímulos.

Ante la tendencia de Lucía de requerir un tiempo más prolongado en familiarizarse con las tales situaciones sociales, la madre solía optar por quedarse durante la primera hora de clases, hasta cerciorarse de su involucramiento en las diferentes tareas escolares, no obstante, incluso luego de lograr habituarse satisfactoriamente a un nuevo grupo, la preferencia de Lucía por las actividades solitarias sobre las grupales era indiscutible.

Por otro lado, cabe mencionar que, a diferencia de las características mencionadas a nivel social, en cuanto a la esfera intelectual, la paciente lograba alcanzar el nivel de aprendizaje con un ritmo más veloz y efectivo, en comparación al resto.

Primaria

El proceso de transición de un nivel a otro, logró alcanzarse de manera satisfactoria, aunque con ciertas problemáticas en el ámbito familiar (actitud reticente hacia los deberes escolares relacionada a los estilos parentales) y en el ámbito escolar propiamente dicho (rendimiento de exámenes y su desenvolvimiento en actividades que impliquen estímulos socio-evaluativos).

En cuanto al ámbito familiar, Lucía nunca ha mostrado mayor entusiasmo por estudiar o por realizar las tareas domiciliarias de los diferentes cursos (a excepción del de Arte), ya que los padres siempre han tenido que insistir en que comience a hacerlas y/o cerciorarse de que realmente las haya terminado.

Además, con el tiempo tal reticencia fue acentuándose, llegando incluso a mostrar conductas desadaptativas que persisten hasta la actualidad como negativismo, pataletas y llanto intenso; así como conductas de indefensión, pues con frecuencia solicita que realicen sus deberes escolares por ella bajo la justificación de que no puede hacerlos por sí misma.

Los datos brindados por los informantes, sugiere que los factores que han influido en el desarrollo de dicho comportamiento fueron: el cambio de institución educativa y los estilos parentales en respuesta a las demandas escolares. En cuanto al primer factor, la madre relata que Lucía cursó los dos primeros grados en una institución estatal y que posteriormente, se le trasladó al colegio privado al que asiste actualmente. Junto con el cambio de establecimiento, también se generaron cambios en relación al nivel de exigencia, pues la cantidad de tareas aumentó notoriamente tanto en cantidad como en dificultad; no obstante, son los estilos parentales, los que han jugado un papel aún más importante en el comportamiento de Lucía. Por un lado, existen ocasiones en las que los padres ceden ante las conductas de indefensión de Lucía y optan por ayudarla, sobre todo cuando el llanto es intenso y constante; sin embargo, la mayoría de las veces no toman en cuenta su opinión, recalcándole que es ella, quien debe acomodarse a las demandas de la institución, independientemente de su aceptación o rechazo hacia ellas. Estos extremos entre permisivismo y autoritarismo son los que han contribuido con la presentación de las conductas problemáticas, en el contexto únicamente familiar.

Respecto al ámbito escolar en específico, en contraste con la problemática en casa, la conducta de Lucía nunca ha sido mérito de quejas o reclamos por parte de los profesores o demás alumnos. El registro conductual del grado actual

indica que nunca muestra rechazo a las actividades individuales, ni cambios impredecibles en el estado de ánimo, que impliquen poca tolerancia a la frustración como irritabilidad o llanto. No obstante, a pesar de ser su segundo año en la institución educativa, aún siguen existiendo dificultades en su desenvolvimiento a nivel social. Los docentes señalan que a veces se aísla de los otros niños y niñas y que pareciera no sentirse cómoda trabajando en grupo. Esta información es coherente con lo relatado por Lucía, quien menciona que le toma más tiempo establecer amistades en comparación al resto, pues generalmente espera a que los demás inicien y/o mantengan la conversación. Dicha ansiedad ante estímulos socio-evaluativos, no solo limita sus relaciones interpersonales al poseer un círculo social reducido; sino que también afecta su rendimiento académico, pues varias de las evaluaciones suelen darse frente a un público o a nivel grupal. En el caso de las intervenciones orales, por ejemplo, suele mostrarse sumisa y dócil ante la autoridad, se queda callada y no responde a las preguntas que le solicitan, así sepa la respuesta o solo tenga que dar su punto de vista. Asimismo, cuando tiene que exponer un tema frente a clases, actuar ante una audiencia o simplemente leer en voz alta, opta por realizar conductas evitativas, como hablar con un volumen de voz bajo, para que no puedan oírlo, no mirar hacia el público o acortar su texto. En consecuencia, las calificaciones que siguen esa modalidad de evaluación suelen ser bajas.

Por otro lado, las notas de Lucía, calificadas individualmente y a nivel escrito siempre han sido sobresalientes, llegando incluso a destacar como una de las alumnas más inteligentes del salón. No obstante, pese a estos resultados, la paciente refiere que, desde hace un año aproximadamente ha comenzado a sentirse mucho más ansiosa antes, durante y después de dar exámenes

(independientemente del curso, del grado de importancia de la evaluación o del nivel de preparación), ya que teme que, de obtener notas diferentes a AD o A (no desaprobarias), su mamá le llame la atención o la castigue, por lo que puede afirmarse, que los estilos parentales también están influyendo en los incrementos de valores de amenaza a dicho nivel.

2.3.1.5 Enfermedades y accidentes

No ha presentado condiciones médicas que influyan en el proceso terapéutico.

2.3.1.6 Entretenimiento y deportes

Lucía suele tener intereses flexibles. Ha practicado diferentes deportes como natación, gimnasia y karate; sin embargo, a lo largo del tiempo ha mostrado una notable predilección, por aquellas actividades que no requieran mucho esfuerzo físico y que estén relacionadas con las artes visuales tradicionales y/o digitales. Dentro de las disciplinas artísticas de su preferencia destacan algunas como dibujo, pintura, diseño de estructuras y videoarte. Para todas ellas muestra tener una facilidad de aprendizaje de las técnicas, capacidad para crear contenido original y disposición para practicarlas en momento de ocio; sin embargo, dichas habilidades no son tan apreciadas por los padres, en comparación con sus aptitudes académicas.

2.3.2 Historia familiar

Madre

Nombre: Vanessa

Edad: 34 años

Ocupación: Ama de casa

Características: Se caracteriza por presentar una tendencia a la introversión y a la inestabilidad emocional. Suele ser tímida y reservada, por lo que el entorno familiar siempre ha sido su círculo social primordial. Asimismo, durante las interacciones con otros adultos muestra una leve ansiedad social caracterizada por una actitud complaciente; un ejemplo de ello es cuando no expresa puntos de vista diferentes al de su suegra, permitiendo que tome decisiones sobre la crianza de sus hijos. Igualmente, tiende a ser voluble y a tener dificultades para manejar sus emociones. Ante situaciones de estrés se frustra con facilidad, se torna irritable rápidamente y actúa de manera explosiva por lo que posteriormente experimenta culpa. No obstante, también es una persona que siempre está dispuesta al cambio y con una actitud receptiva ante cualquier sugerencia de mejora; es deliberada y exigente al momento de toma de decisiones, y responsable con las labores del hogar y las necesidades de sus hijos, aunque a veces se exceda siendo muy protectora al solucionarles sus problemas.

Enfermedades o trastornos: No presenta enfermedades relevantes.

Relación con la paciente: La relación que mantienen es muy cercana y se caracteriza por muestras de afecto recíprocas que evidencian un apego seguro. Existen ocasiones en las que la paciente demanda más tiempo exclusivo entre ellas, para realizar actividades “de chicas” (ya que la mayoría del tiempo pasean en familia); sin embargo, esto no limita la calidad de la relación, ya que Lucía sigue considerándola como la persona en quien más confía. Por otro lado, existen circunstancias relacionadas a los estilos de crianza, que sí generan conflictos

entre ambas y en la dinámica familiar en general. Lucía percibe que la madre hace diferencias entre ella y su hermano menor de 6 años, quien hace un año ha sido diagnosticado con Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad. Respecto a los deberes escolares, la madre es más tolerante a las notas bajas de su hermano y le brinda más apoyo al momento de realizar las tareas (al comprender que su condición no le permite tener las mismas facilidades de obtener un rendimiento académico y de conducta tan alto como el de Lucía), no obstante, la paciente percibe esto como injusto ya que cuando ella trae una baja calificación, la madre sí se muestra irritable y le llama la atención o la castiga. Lo mismo sucede en cuanto a la repartición de las labores del hogar, Lucía considera que hay preferencias hacia su hermano menor, porque a ella le otorgan más responsabilidades; sin embargo, estas tareas no están designadas injustamente, si se toma en cuenta la diferencia de edades. Una probabilidad de dicha percepción es que no se esté empleando la comunicación de manera adecuada. Cuando la madre se encuentra bajo estrés, indica que se realicen dichos deberes mediante gritos y con inmediatez, a lo que antes Lucía acataba sin oposición; sin embargo, desde hace 2 años aproximadamente, al contrario de obedecer, únicamente opta por llorar intensamente y quejarse para evitar realizar las tareas; por lo que la madre finalmente responde de dos maneras: a) cede ante el llanto intenso y le dice que ya no realice los deberes, o b) le grita que se calle y la castiga empleando la fuerza a través de jalones o quitándole el celular o la televisión; dependiendo del sentimiento de culpa o nivel de irritabilidad, respectivamente. En resumen, la relación entre madre e hija es generalmente buena; sin embargo, en ocasiones se ve afectada por dificultades en la

comunicación y en el establecimiento de límites (ya sea en exceso o en déficit), que a su vez, también dificultan la dinámica familiar.

Padre

Nombre: Javier

Edad: 41

Ocupación: Docente en educación superior.

Características: Se caracteriza por presentar un grado medio de extraversión, dado que suele mostrar mayor seguridad en el comportamiento interpersonal, así como disfrutar de la compañía de los demás en las reuniones laborales o familiares; no obstante, en su tiempo libre prefiere estar en casa realizando actividades que no requieran mayor esfuerzo físico, como ver televisión o leer el periódico. Asimismo, presenta tendencia a la estabilidad emocional, en comparación con la madre es más tolerante al estrés y menos propenso a tener reacciones de ira u hostilidad. Por otro lado, respecto a sus intereses y ambiciones, valora las aptitudes intelectuales y está orientado al crecimiento profesional y académico, por lo que suele ser bastante responsable, autoexigente y comprometido con sus funciones laborales, no obstante, no muestra el mismo compromiso con las tareas del hogar, ya que generalmente prefiere que la madre se responsabilice de ello. Finalmente, otras características de personalidad secundarias son el ser convencional y conservador, suele respetar las jerarquías, tradiciones y a la autoridad.

Enfermedades o trastornos: No presenta enfermedades significativas.

Relación con la paciente: La relación entre ambos es cercana. Debido a que la mayor parte del tiempo suele estar en el trabajo, no está tan implicado en las actividades de Lucía, en comparación con la madre, como ayudarla con los deberes escolares, acompañarla a las actividades recreativas o llevarla a los centros de salud en caso de que se enferme; mas sí está igual de comprometido, con las necesidades de los niños y compensa la ausencia con muestras de cariño o consentimientos. Por otro lado, existen ocasiones en las que también tiene dificultades para establecer límites ya que los castigos que emplea, no están en proporción a la falta o son inadecuados; por ejemplo, cuando Lucía está llorando intensa y constantemente, le advierte que si no deja de llorar la va a grabar, para luego mostrarle esos videos a sus compañeros de clases. Esta sanción además de invalidar sus emociones, indirectamente también asocia la vergüenza o el miedo con las interacciones sociales, lo que influye en el aumento del valor de la amenaza de los estímulos socio-evaluativos. Asimismo, también es bastante exigente en cuanto al rendimiento académico de la paciente. Si Lucía no obtiene notas sobresalientes, le indica que no se ha esforzado lo suficiente o que pudo hacerlo mejor (empleando una expresión de desaprobación); sin embargo, no suele ser tan riguroso con los castigos ante las fallas, en comparación con la madre.

Hermano

Nombre: Diego

Edad: 6 años

Ocupación: Estudiante

Características: Es un niño alegre, generoso, cariñoso, y además curioso, por lo que siempre está interesado en aprender de todo lo que le rodea. En las interacciones sociales, ya sea de pares o adultos, siempre trata de ser aceptado dentro del grupo y tomado en cuenta, por lo que suele ser él, quien se acerca para unirse a ellos. No obstante, también presenta características que son parte del TDAH y que constantemente le generan conflictos en diferentes ámbitos; es bastante inquieto, impulsivo, no mide los riesgos, se aburre con facilidad y no acata las órdenes que se le indica. Asimismo, posee un umbral de tolerancia a la frustración bastante bajo, por lo que ante negativas, rápidamente se torna irritable e insistente (mas no suele ser agresivo con el resto).

Enfermedades o trastornos: Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

Relación con la paciente: Al ser hijos únicos están juntos la mayor parte del tiempo; sin embargo, la relación es tan cercana como conflictiva. A Lucía generalmente le incomoda que sus padres le ordenen que apoye con la supervisión de Diego, a veces acata las indicaciones con una actitud protectora y lo vigila para que no se haga daño, o lo ayuda con sus deberes escolares, pero la mayoría de las veces, dichas peticiones la ponen irritable descargando su molestia contra él, mediante gritos, jaloneos, palmadas y/o diciéndole mentiras que lo asusten o entristezca. Asimismo, otras situaciones que también le incomodan a Lucía son: que Diego agarre sus cosas sin su autorización (dado que suele maltratarlas aunque no sea su intención); que no cumpla las tareas domésticas que su mamá le indica (llegando a considerarlo como ocioso y desobediente) y también el tener que acudir a los deportes en los que lo matriculan dado que, por la necesidad de estar en constante movimiento, se le

dificulta acoplarse a las actividades que le interesan a Lucía. En general, existe poca comprensión y tolerancia por parte de la paciente hacia su hermano.

2.3.3 Examen mental

Porte: Paciente de sexo femenino, tez trigueña, cabello rizo, largo y oscuro, con uso de lentes. Estatura y peso aproximado de 1.35 m. y 40 kg, respectivamente. De biotipo normosómico. Aparenta edad cronológica, presenta adecuado aseo y aliño personal y viste acorde a la ocasión, edad y nivel socioeconómico.

Comportamiento: Ingresa a consulta con indecisión (a pasos cortos y lentos) y permanece sentada con una postura semiencorvada. Denota facies de timidez e intranquilidad, evadiendo el contacto visual. Presenta inquietud motora en las piernas y no emplea gestos que acompañen su discurso, dado que mantiene las manos ocultas debajo del escritorio. Tampoco responde al saludo de bienvenida; cuando se le hace preguntas no contesta inmediatamente, por lo que se le insiste reiteradas veces hasta que responda, en ocasiones incluso se acerca a la madre para susurrarle las respuestas al oído y que responda por ella.

Actitud: Muestra una actitud parcialmente colaboradora, ya que acata indicaciones como dibujar o brindar datos generales sin reticencias, mas no ofrece información contundente relacionada a la problemática.

Orientación: Adecuada en las esferas autopsíquica y alopsíquicas.

Conciencia: Consciente ya que evidencia lucidez al atender a los estímulos presentes.

Atención: Posee una atención selectiva, sostenida y flexible. Es capaz de focalizar a uno o más estímulos de su alrededor al mismo tiempo y de concentrarse en la directriz de la conversación durante toda la sesión.

Memoria: Las memorias reciente y remota son adecuadas dado que evoca detalles de hechos pasados en orden cronológico, así como información recientemente brindada.

Percepción: Refiere no experimentar alteraciones en la interpretación de los objetos.

Pensamiento: Pensamiento coherente y de tipo concreto, pudiendo identificar las características particulares de los objetos. No presenta alteraciones en el curso ni en la forma; sin embargo, presenta creencias y pensamientos negativos de incompetencia, fracaso e indefensión, relacionados a situaciones socio-evaluativas y de desempeño.

Lenguaje: El lenguaje verbal es elaborado acorde a su edad y a un ritmo y articulación adecuados, no obstante, se expresa mediante frases cortas, empleando un volumen de voz muy bajo y con una latencia del habla prolongada, ante las pautas de respuesta.

Afectividad: Evidencia un afecto predominantemente ansioso.

Conciencia de enfermedad: Presenta una capacidad de introspección aún en construcción. Se califica a sí misma como “más nerviosa” evidenciando estar consciente, de que su angustia social es más significativa a lo considerado “normal” para la situación; sin embargo, no logra reconocer algunas

características de la ansiedad como parte de la problemática, p.ej., síntomas somáticos.

2.4 PRUEBAS E INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS APLICADOS

Anamnesis Psicológica.

Test de Inteligencia de Wechsler para Niños Cuarta Edición (WISC- IV)

Inventario de Personalidad de Eysenk- Forma A.

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños.

2.5 INFORME PSICOLÓGICO

I. Datos de filiación

Nombre	: Lucía
Edad	: 9 años
Sexo	: Femenino
Fecha de nacimiento	: 11 de diciembre del 2008
Lugar de Nacimiento	: Lima, Perú
Lugar de Residencia	: Callao, Perú
Grado de Instrucción	: 4to de Primaria
Ocupación	: Estudiante

Referente	: La madre y la paciente.
-----------	---------------------------

Motivo de evaluación : Área de Inteligencia, Rasgos de personalidad, Afectiva, Emocional y Dinámica Familiar.

Evaluadora : Alexia Guarniz Monjarás

Supervisión : Mg. Gladys Toranzo Pérez

Fechas de Evaluación : 02/03/18, 08/03/18, 16/04/18, 20/04/18 y 25/04/18

Fecha de Informe : 30/04/18.

Técnicas Utilizadas : Observación y Entrevista Psicológica

Instrumentos Utilizados : Anamnesis Psicológica, Test de Inteligencia de Wechsler para Niños Cuarta Edición (WISC- IV), Inventario de Personalidad de Eysenk- Forma A, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños.

II. Motivo de Consulta

Paciente acude a consulta acompañada por la madre quien refiere: “Traigo a mi hija Lucía porque me preocupa que sea tan nerviosa. Con los años sus profesoras ya me venían diciendo que cuando salía a hablar al frente, ya sea para exponer o para leer en voz alta, lo hacía hablando muy bajito como para que casi nadie pueda escucharla; pero no fue sino hasta hace poco que la vi participar

en un evento del colegio, cuando me di cuenta de que sí hablaba muy bajito, no entendí nada de lo que decía a pesar de estar con el micrófono; noté que además se frotaba las manos como sacándose conejos, se ponía roja y miraba a cualquier otro lado menos al público. Sus profesoras también me comentaban que, pese a que Lucía es una niña muy inteligente, en el salón de clases pareciera que le diera miedo de dar su opinión o de responder a las preguntas que le hacen delante del resto. Ha habido ocasiones donde incluso me ha llorado para no ir al colegio en días de exposición, pero yo igual la he llevado. Por otro lado, cuando se le presenta gente nueva se cohíbe mucho; si un adulto le conversa tiene que hablarle varias veces para que recién responda”. Añade: “... en casa no se porta bien. Cuando le insisto que haga sus tareas o cuando su papá y yo la castigamos porque no nos hace caso, empieza a hacer berrinches como si fuera una niñita de 5 años, incluso en varias oportunidades los vecinos se han quejado con Serenazgo, porque pensaron que le estábamos pegando. Ya no sabemos qué hacer porque es algo del día a día, llora fuerte y es capaz de estar así una hora o más”.

La paciente agrega: “No quiero exponer, pero lo hago porque estoy obligada hacerlo. Prefiero estar callada a decir la respuesta porque si me equivoco, los demás pueden reírse y eso no me gusta. Además, cuando voy a dar un examen, me pongo nerviosa así haya estudiado, porque si saco B o C mi mamá se molesta”.

III. Observaciones Generales y de Conducta

Paciente de sexo femenino, tez trigueña, estatura promedio y biotipo normosómico. Aparenta la edad cronológica y presenta un adecuado aliño y aseo

personal. Ingresa a consulta con una marcha lenta; permanece sentada con una postura semiencorvada, con movimiento constante de piernas y con las manos ocultas debajo de la mesa. Denota facies de timidez e intranquilidad y evita el contacto visual. Muestra una actitud parcialmente colaboradora debido a la verbalización limitada. Se encuentra orientada en persona, espacio y tiempo. La atención es selectiva, flexible y parcialmente sostenida. Las memorias reciente y remota se encuentran conservadas y no evidencia alteraciones perceptivas. El pensamiento es coherente, no muestra alteraciones en el curso ni en la forma, mas sí presenta creencias y pensamientos negativos de incompetencia e indefensión, y anticipación del fracaso, relacionados a situaciones socio-evaluativas y de desempeño. El lenguaje verbal es elaborado acorde a su edad y a un ritmo y articulación adecuados, no obstante, es poco fluido, la latencia del habla es prolongada y emplea un volumen de voz muy bajo. Muestra además un estado de ánimo ansioso congruente a las facies.

IV. Análisis de resultados

En el área de inteligencia, la evaluada obtiene un CIT de 105, correspondiente a la categoría *Promedio*. En la escala de Comprensión Verbal obtiene un puntaje de 108 acorde al nivel *Promedio*, donde evidencia fortaleza para hallar relaciones de semejanza entre los conceptos, diferenciando las características esenciales de las no esenciales; asimismo, posee adecuada capacidad para comprender las normas sociales de comportamiento, como resultado de su juicio y sentido común. En la escala de Razonamiento Perceptual, obtiene un rendimiento de 112, propio de la categoría *Media alta*, mostrando gran capacidad para formar conceptos no verbales, organizar estímulos visuales y clasificar un patrón continuo de matrices. De igual modo, evidencia una capacidad

Promedio (97), en relación al componente Memoria de Trabajo, donde muestra poseer aptitudes adecuadas para atender y memorizar estímulos a corto plazo; sin embargo, también muestra debilidad al cambio de tareas de retención de dígitos de orden directo al inverso, indicando una leve inflexibilidad memorística y atencional, en comparación con sus otras capacidades. Finalmente, respecto a la Velocidad de Procesamiento, también obtiene puntaje acorde a la categoría *Promedio* (91), lo que involucra la capacidad de realización de tareas de discriminación perceptual, con rapidez y de integración de la coordinación visomotora y reproducción gráfica, según lo esperado para su edad.

A nivel de rasgos de personalidad, Lucía presenta un temperamento de comportamiento inhibido, que la hace más vulnerable a experimentar altas respuestas fisiológicas y emocionales relacionadas con la ansiedad. A nivel social suele ser tímida y retraída, se siente más cómoda trabajando de manera individual que grupal, posee un círculo de amistades reducido y suele evitar entablar conversaciones con otros niños o adultos que no le sean familiares. De igual modo, también tiende a experimentar emociones negativas como temor, irritabilidad o tristeza de manera intensa. Dentro del entorno familiar, dichas emociones son más reactivas y se expresan de manera inadecuada, llegando a realizar rabietas que no son acordes a su edad, no obstante, fuera de dicho contexto, suele inhibirlas evitando hablar sobre ellas por vergüenza y temor a las consecuencias a nivel social.

En el área afectiva, la evaluada muy frecuentemente experimenta un humor irritable limitado al ámbito familiar; cuando sus padres le insisten que realice sus tareas o la castigan por no obedecer, comienza a llorar y gritar de una manera muy intensa y por un largo periodo de tiempo. Asimismo, presenta ideas de

incompetencia social (como consecuencia de su pobre desempeño a dicho nivel) o disminución de la valía personal relacionadas al fracaso (cada vez que no obtiene una nota sobresaliente). Sin embargo, dicha sintomatología no es suficiente para constituir un cuadro depresivo, ya que no existe disminución del placer, de las energías, de la motivación o tristeza patológica. Además, refiere sentirse alegre de recibir la atención, cariño y seguridad por parte de los miembros de su familia.

En el área emocional, Lucía experimenta altos niveles de ansiedad social. Cuando tiene que relacionarse con los demás anticipa que la van a rechazar, burlarse de ella o criticarla, experimentando como consecuencia temor, síntomas fisiológicos intensos (palpitaciones aceleradas, respiración agitada, ruborización) y mostrando comportamientos de seguridad como frotamiento de manos, contacto visual reducido, verbalización limitada, o en general, tratando de actuar de una manera que no llame la atención. Dentro del contexto escolar, muchas de las situaciones sociales ansiógenas están relacionadas a evaluaciones de desempeño como participar en actividades grupales, realizar intervenciones orales o hablar frente a un público, por lo que muestra su reticencia social, evitando entablar conversaciones con sus compañeros, evadiendo las preguntas de los profesores y bajando el volumen de su voz al mínimo durante exposiciones o lecturas. Por otro lado, el temor a las evaluaciones de desempeño no se limita únicamente a situaciones sociales, la paciente experimenta una gran angustia antes, durante y después de rendir exámenes escritos, esto debido a ideas de incompetencia y a creencias catastróficas relacionada al castigo ejercido por los padres. La sintomatología descrita provoca en la paciente un malestar personal significativo y resulta también, en un desenvolvimiento deficiente de sus

habilidades sociales, que están limitando el desarrollo de su potencial en diferentes contextos.

En el área de dinámica familiar, la paciente vive con sus padres y hermano menor dentro de una familia nuclear. La dinámica entre los miembros es disfuncional, debido al empleo de estilos de crianza negativos. Al existir un déficit de normas claras, el criterio de los padres para impartir límites no se da de manera razonable; en ocasiones son indulgentes a las conductas inadecuadas como rabietas o desobediencia, aplican castigos previamente advertidos de manera inconsistente y suelen ser sobreprotectores, al no permitir que los niños solucionen sus problemas; por el contrario, cuando los padres se encuentran bajo estrés, suelen comunicarse a través de gritos y emplear un control excesivo y arbitrario a modo de disciplina. Igualmente, tampoco existe el fomento de la comunicación adecuada de sentimientos negativos, cuando Lucía se encuentra irritable y llora intensamente, los padres invalidan las emociones que experimenta, mas no le enseñan formas más adaptadas de regular sus emociones o expresar su malestar.

V. Conclusiones

- En el área de Inteligencia, la evaluada obtiene un Coeficiente Intelectual Total de 105 acorde a la categoría *Promedio*.
- A nivel de rasgos de personalidad, Lucía presenta una tendencia a experimentar emociones de manera intensa y reactiva, y un temperamento caracterizado por conductas de inhibición.

- En el área afectiva, la evaluada manifiesta un humor irritable limitado al contexto familiar e incongruente a un cuadro depresivo.
- En el área emocional, Lucía experimenta altos niveles de ansiedad ante situaciones interpersonales y evaluaciones de desempeño, que le generan un malestar personal significativo y que limitan el desarrollo de su potencial en diferentes contextos.
- En el área de dinámica familiar, los padres emplean estilos de crianza permisivos y autoritarios que refuerzan las conductas problemáticas.

VI. Recomendaciones

- Terapia Cognitivo Conductual.

2.6 ANÁLISIS FUNCIONAL

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENCIAS
<p>Externos: Cuando le presentan a una persona desconocida. Cuando tiene que hablar con una figura de autoridad. Cuando la profesora pide intervenciones orales. Cuando le piden que lea en voz alta frente a sus compañeros. Cuando le dicen que tiene que exponer. Durante una exposición. Antes, durante y después de rendir un examen.</p> <p>Internos: Pensar que tiene que exponer. Recordar que la gente la considera tímida</p>	<p>Cognitiva: “Van a notar que tengo vergüenza. No me gusta que noten que estoy nerviosa. No es bueno ser tímida”. “Pueden llamarme la atención. Si me hablan fuerte me voy a asustar”. “Están mirando si me confundo en algo. No puedo equivocarme porque si me equivoco se van a reír de mí”. “Prefiero no participar a equivocarme y que lo noten” “Me voy a trabar al hablar, van a pensar que estoy nerviosa o que no sé leer”. “No quiero exponer, soy mala en eso, siempre lo hago mal, los demás lo hacen mejor”. “No sé si daré un buen examen. No estoy segura si las respuestas que pongo son correctas. Tengo que ser buena alumna. No creo que lo haya hecho bien, seguro fallé en algo. Si no saco buenas notas en los exámenes algo terrible puede pasar”.</p> <p>Emocional: Ansiedad, vergüenza.</p> <p>Fisiológica: Palpitaciones aceleradas, respiración agitada, tensión muscular, aumento de temperatura (rubor).</p> <p>Motora: Contacto visual disminuido, latencia de respuestas prolongada, verbalización limitada, volumen de voz bajo, frotamiento de manos en lugar del empleo de gestos.</p>	<p>Externas: Espera a que su mamá hable o le responde al oído para que hable por ella. Desempeño socialmente pobre. El público/audiencia comenta que no se le escucha “nada”. La profesora le recalca que debe participar más. Los demás le dicen que es muy tímida. Calificaciones más bajas.</p> <p>Internas: “No me llamaron la atención porque como no dije nada no me equivoqué”. “Se dieron cuenta de que hablo bajito pero al menos ya no escucharon lo que dije”. “Si mi mamá responde por mí ya no me siento tan nerviosa”.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Latencia: inmediata. Intensidad: 10/10 Duración: todo el tiempo que abarque la situación. Frecuencia: cada vez que está frente a estímulos socio-evaluativos o ante evaluaciones de desempeño académico.</p> </div>

2.7 TRIPLE RELACIÓN DE CONTINGENCIA

ANTECEDENTE	RESPUESTA	CONSECUENCIA
En la casa: La madre le indica que realice sus tareas.	Lucía responde que ya las va a hacer pero no obedece. Latencia: inmediata. Frecuencia: casi diaria. Intensidad: 7/10 Duración: Hasta que la madre le vuelva a reiterar la indicación.	La madre no le dice nada e ignora la desobediencia.
	Lucía se queja con tono de voz infantilizado que es demasiada tarea, que no la puede hacer porque no la entiende y que necesita ayuda. Latencia: inmediata. Frecuencia: casi diaria. Intensidad: 8/10 Duración: 45 min aprox.	La madre le advierte que si sigue quejándose la va a castigar pero igual accede a las quejas y le ayuda con la tarea.
En la casa: Los padres la castigan por no obedecer (p.ej.: le quitan el celular)	Lucía llora y grita que es injusto que la castiguen y suplica que le devuelvan el celular. Latencia: inmediata. Frecuencia: casi diaria. Intensidad: 8/10 Duración: 45 min aprox.	Los padres le quitan el castigo para que deje de llorar (le devuelven el celular). Los padres le gritan que le van a “aumentar” el castigo si sigue quejándose. El padre le amenaza que si sigue llorando la va a grabar y mostrar los videos a sus amigas.
En la casa de los abuelos paternos: Los padres le llaman la atención o la castigan por no obedecer.	La paciente llora y se queja diciendo con tono de voz infantilizado que son injustos. Latencia: inmediata. Intensidad: 10/10 Duración: 1 hora aproximadamente. Frecuencia: 1 o 2 veces al mes (cada vez que la castigan en la casa de sus abuelos).	La madre le quita el castigo por que la abuela paterna reclama: “Denle a la niña lo que quiere, si sigue así se va a enfermar de los nervios”. Las tías paternas le piden a los padres que sean “malos” con ella y le compran dulces para que deje de llorar.

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

3.1 JUSTIFICACIÓN:

De acuerdo con el DSM- 5 (APA, 2013), el Trastorno de Ansiedad Social tiene como característica principal, un miedo marcado y persistente ante situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a un posible escrutinio por parte de los demás. Dichas situaciones son evitadas en lo posible o soportadas con intensa ansiedad, malestar que es reconocido por la persona como excesivo o irracional. En los niños, la ansiedad se puede producir en eventos con individuos de su misma edad, y al igual que en los adultos, generar un deterioro funcional generalizado y grave. Asimismo, Beidel et al (1999) señalan que las situaciones sociales típicamente temidas por los niños se dan tanto en actuaciones públicas (leer frente a otros, exponer ante una audiencia o actuar en una obra) como en interacciones interpersonales (ser presentado a una persona desconocida, entablar una conversación, expresar insatisfacción o una opinión personal y hablar con figuras de autoridad).

Para la intervención del TAS, la APA (2010) recomienda la combinación de la terapia cognitiva y técnicas de exposición pertenecientes a la TCC. En esta misma línea, Spence y Rapee (2016) señalan que cada vez hay más evidencia de que la aplicación de técnicas de la TCC tradicional (p.ej.: resolución de conflictos, detención del pensamiento, toma de decisiones), tiene resultados relativamente pobres para tratar a los niños socialmente fóbicos y sugieren que las intervenciones podrían ser más efectivas si se abarcan, de manera apropiada y específica, elementos para dotarlos de habilidades sociales (entrenamiento en

habilidades sociales); y para reducir los procesos de atención sesgados, ayudándolos a identificar y modificar las creencias negativas sobre sí mismos y para los demás (reestructuración cognitiva). Asimismo, las técnicas de exposición, principalmente la exposición en vivo, también son consideradas como una de las estrategias más adecuadas a ser tomadas en cuenta para un tratamiento del TAS bien establecido (Labrador y Ballesteros, 2011).

Por otro lado, es una realidad que, eventos relacionados a la conducta de los padres, constituyen uno de los factores de riesgo más importantes en la etiología y permanencia del TAS (Wong y Rapee, 2016). Autores como Darling y Steinberg (1993), indican que los estilos parentales pueden tener repercusiones en las conductas de sus hijos, conllevando a comportamientos que favorecerían o no a su adaptación al medio; por lo que resulta fundamental, que la intervención terapéutica pueda contar con el apoyo de otros contextos, como la familia o escuela, de lo contrario, habrían menos condiciones para hacerla viable o eficaz.

En el caso de la paciente se encuentra que los padres de familia emplean estilos de crianza negativos, que influyen en el aumento del valor de amenaza de los estímulos socio-evaluativos, y que refuerzan las actitudes de rechazo hacia el quehacer escolar. En tal sentido, se considera oportuno iniciar el programa de intervención orientando a los padres sobre estilos de crianza más adecuados; se les explicará la necesidad de flexibilizar su concepción sobre el sistema educativo actual (encontrando un equilibrio entre las demandas de la institución y de la paciente), y sobre la importancia de reforzar las cualidades sobre los déficits (educación positiva). De igual manera, se los capacitará en el uso de técnicas operantes de modificación conductual para disminuir las rabietas excesivas y aumentar la frecuencia de conductas relacionadas al autocontrol emocional y de

comunicación asertiva (competencias fundamentales para un mejor desenvolvimiento a nivel social).

Seguidamente, se considera primordial empezar la psicoterapia, educando a la paciente sobre el trastorno de ansiedad social; se le enseñará acerca de sus emociones y de la importancia de regularlas de manera adecuada. Para alcanzar este segundo punto, se la entrenará en ejercicios de Respiración Diafragmática, como estrategia moderadora de los síntomas fisiológicos de taquicardia, agitación y ruborización; entrenamiento que además nos servirá como medio, para que la paciente aumente las ideas de autocontrol sobre las propias respuestas emocionales.

Las técnicas psicoterapéuticas, se centrarán concretamente en tratar los componentes cognitivos y conductuales que están participando, en el desarrollo y mantenimiento del TAS. En tal sentido, se la entrenará en habilidades sociales para trabajar aspectos como: elevar el volumen de su voz, mantener el contacto visual, emplear gestos que acompañen su discurso, iniciar y mantener una conversación, hacer solicitudes, entre otras. De igual modo, se buscará disminuir la interpretación de los estímulos sociales como amenazantes, a través de la exposición simulada y en vivo de las situaciones temidas como: hablar con figuras de autoridad, participar en intervenciones orales, leer frente a la clase y exponer ante una audiencia. Asimismo, como muchas de esas situaciones se dan dentro del contexto escolar, se solicitará a los docentes que refuercen las iniciativas de aproximación social.

Finalmente, dado que la paciente también experimenta una gran angustia ante situaciones que impliquen la evaluación de su desempeño en general, se

reestructurarán las ideas catastróficas de fracaso escolar, empleando en lo posible, información que sea de su interés a modo de material audiovisual.

3.2 ESPECIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

3.2.1 Objetivo General:

Reducir la ansiedad social de la paciente a niveles manejables, que le permitan adaptarse a su medio, a través del uso fundamental de técnicas cognitivo-conductuales.

3.2.2 Objetivos Específicos:

- Fortalecer la alianza terapéutica.
- Brindar una explicación racional de la problemática, desde el modelo cognitivo- conductual, teniendo en cuenta factores biopsicosociales.
- Entrenar a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.
- Lograr una mejor comprensión de las emociones y de la importancia de aceptarlas, para lograr su regulación mediante técnicas como, el reconocimiento y el termómetro de emociones.
- Explicar a la paciente, la influencia de nuestros pensamientos sobre las respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales, y la relación bidireccional entre éstos.
- Entrenar a la paciente en ejercicios de Respiración Diafragmática o Profunda de forma que pueda regular los niveles fisiológicos de ansiedad por sí misma.

- Identificar los sesgos cognitivos, que aumentan el valor de la amenaza de los estímulos ansiógenos, antes, durante y después de la exposición a ellos.
- Brindar a la paciente, habilidades cognoscitivas que le permitan reestructurar sus creencias irracionales y afrontar las situaciones temidas.
- Exponer a la paciente, a las situaciones temidas a fin de poner a prueba las distorsiones cognitivas y aplicar las estrategias de afrontamiento adquiridas.
- Entrenar a la paciente, en habilidades sociales para alcanzar una mayor efectividad interpersonal.
- Promover las mejoras en su desenvolvimiento social, dentro del contexto escolar, a través del reforzamiento de las aproximaciones sociales.

3.3 DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO O DE INTERVENCIÓN:

El proceso psicoterapéutico, tuvo lugar en el Servicio Psicológico de un hospital ubicado en la región del Callao. Se llevó a cabo en 20 sesiones de 45 minutos cada una y con una frecuencia semanal. Para lograr los objetivos propuestos se emplearon diversas técnicas cognitivo-conductuales.

Inicialmente se comunicaron los resultados del proceso de evaluación brindando una explicación racional de la problemática; se acordaron los objetivos y pautas de la intervención; y se reforzó la alianza terapéutica, a través del contrato psicoterapéutico (ver Anexo A), el cual especificaba la necesidad de la participación activa y el compromiso de ambas partes, para el alcance de los objetivos.

Seguidamente se entrenó al padre de familia, en la instauración y mantenimiento de conductas positivas relacionadas a la autonomía, y en la disminución de las inadecuadas, como rabietas, a través de técnicas de modificación de conducta, como Economía de Fichas, Coste de Respuesta, Tiempo Fuera y Sobrecorrección; de igual modo, se buscó disminuir en los padres, las conductas contingentes de sobreprotección y autoritarismo influyentes en las problemáticas.

Posteriormente, se procedió a trabajar con la paciente, el reconocimiento de sus emociones y disminución de los niveles fisiológicos de ansiedad, mediante el Reconocimiento de Emociones, Termómetro de Emociones y Respiración Diafragmática o Profunda; asimismo, se reestructuraron las creencias irracionales de catastrofismo y de incompetencia ante situaciones de evaluación de desempeño; y finalmente, se realizó un Entrenamiento en Habilidades Sociales y la exposición a las situaciones temidas, para mejorar sus competencias a dicho nivel y disminuir el valor de amenaza ante situaciones socio-evaluativas.

3.4 APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO

SESIÓN 1

30/03/18

Objetivo:

- Fortalecer la alianza terapéutica.
- Brindar una explicación racional de la problemática, desde el modelo cognitivo- conductual, teniendo en cuenta factores biopsicosociales.

Técnicas

- Psicoeducación.

Descripción de la sesión

Se inicia la sesión dando la bienvenida a la paciente (P) y a la madre de la misma (MP). Se procede a comunicar los resultados del proceso de evaluación, así como el plan de intervención.

MP: Buenas tardes doctora.

T: Buenas tardes Sra. Vanessa, Lucía. Como se lo había comunicado, era necesario pasar por un proceso de evaluación, para poder entender mejor aquellas problemáticas que le están preocupando: la ansiedad de Lucía y su comportamiento inadecuado en casa. Bien, en su última visita finalmente culminamos con la evaluación, así que el día de hoy me dedicaré a comunicarle en qué consisten esas problemáticas- a grandes rasgos- y sobre todo, a explicarle cómo es que vamos a trabajar con Lucía. ¿Está bien?

MP: Sí, está bien.

Psicoeducación:

T: En el caso de Lucía, hay dos temas principales a tratar, uno es acerca de la ansiedad que ella experimenta en situaciones sociales, y el otro, las rabietas constantes que presenta en casa. Respecto al primero, Lucía efectivamente tiene un miedo intenso ante situaciones sociales como el exponer, interactuar con personas que no conoce, etc., porque teme a que la gente se vaya a burlar de ella, criticarla, rechazarla o llamarle la atención. Hasta cierto punto es “normal” ponernos nerviosos en ese tipo de situaciones; sin embargo, cuando ya ese miedo nos genera un constante malestar y empieza a limitarnos de alguna manera, se dice que es “anormal”. Este miedo “anormal” ante situaciones sociales, los profesionales de la salud mental lo conocen como Trastorno de Ansiedad Social (TAS), o como se le decía antes, Fobia Social. Y se dice que es un miedo “anormal”, más que por la intensidad, por las ideas que las propias personas tienen y que muchas veces son erróneas; por ejemplo, pensar que necesariamente van a desenvolverse mal, que no pueden equivocarse, que sentir vergüenza es malo o que lo peor que les puede pasar es que alguien se burle de ellos, etc.

MP: Sí había escuchado de la Fobia Social, la psicóloga del colegio ya me había dicho que parece que tiene eso, pero no sabía muy bien en qué consiste... ¿Es muy malo o grave?

T: En realidad, es algo bastante común, el TAS lo experimentan muchísimas personas en el mundo, entre niños, adultos, varones o mujeres. Generalmente gente que ha solido ser muy tímida, como Lucía... Sin embargo, sí es muy importante que se trate, el TAS de por sí ya provoca malestar y limitaciones, pero además puede traer futuras complicaciones como disminución de la valía y la confianza en sí misma, aislamiento, relaciones difíciles, menos oportunidades para desarrollarse adecuadamente en futuros trabajos, etc. Por eso mientras más temprano se trate, más pronto podemos ayudarla.

MP: No sabía que podría ser tan complicado. Como sus profesoras nunca me daban quejas de ella en comparación con su hermano, que como le dije tiene TDAH, pensé que todo estaba bien...

T: A veces los profesores o los adultos, toman esas conductas sumisas con el ser “obediente”, y consideran a los “niños problema” como aquellos que están inquietos o que no copian la clase. Por eso es que muchas veces los niños con TAS pasan desapercibidos y no reciben la ayuda que necesitan.

MP: Doctora ¿y por qué en casa no es así? Ahora usted no la nota, pero cuando ya le dan confianza es como si “le jalaran la lengua”.

T: Generalmente la familia es un ambiente donde uno puede desenvolverse con normalidad porque ya nos conocen. En un principio es nuestro único círculo social, pero a medida que vamos creciendo nuestro círculo también se va ampliando, entonces tenemos que interactuar con muchas otras personas que no conocemos... Además, en estos nuevos entornos- como el colegio- también empiezan a evaluarnos y a calificarnos, según nuestro desempeño, tanto académico como social. El problema es cuando empezamos a creer erróneamente, que equivocarnos está mal o que comportarnos de alguna manera, nos va a llevar a que nos rechacen o califiquen negativamente.

MP: Entiendo. Entonces es por la presión que hay en el colegio...

T: El TAS no es consecuencia de un solo elemento o de una fórmula. Es el resultado de la *interacción* de diferentes factores:

TAS DESDE EL MODELO BIOPSIOSOCIAL		
BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL/AMBIENTAL
-Genes heredables del comportamiento inhibido (temperamento) -Alteraciones en neurotransmisores y en el funcionamiento en las respuestas de la amígdala y corteza pre-frontal.	-Procesos cognitivos que aumentan la atención a respuestas ansiógenas y a estímulos "socialmente amenazantes" (p.ej. detectar que los demás la notan nerviosa porque se traba al hablar). -Autoevaluación negativa de desempeño. -Aumento del valor de amenaza de estímulos socio-evaluativos. -Interpretación negativa de la información: p.ej. creencias de incompetencia social, futuro incontrolable.	Factores o acontecimientos que aumentan el valor de amenaza de estímulos socio-evaluativos: -Experiencias negativas con los pares (burlas de sus compañeros). -Conductas de los padres que refuerzan las actitudes de indefensión. -Influencias culturales que califican la timidez o la introversión como negativo. -Entorno escolar que califique el desenvolvimiento social como deficiente.

T: ¿Tiene alguna duda?

MP: Sí doctora, usted dice que mucho tiene que ver la herencia de los padres, pero yo no recuerdo que en mi familia o en la de mi esposo haya gente con ese problema.

T: Le explico, no es que se herede el TAS, lo que se hereda es el temperamento que nos hace propensos a ser más ansiosos, no sólo a nivel social, sino también en otras situaciones. ¿Alguno de ustedes tiende a ser tímido o ansioso?

MP: Bueno, no es que yo sea muy sociable, siempre me he sentido más cómoda estando sola que con gente. Mi esposo no es así... creo que en este caso es más por mí.

T: Ahora, no es que sea únicamente por el temperamento. Hay personas que son más desinhibidas y extrovertidas que también desarrollan TAS, pero por otro tipo de experiencias desagradables como por ejemplo el bullying... En el caso de Lucía, sí ha habido y hay bastante influencia de su temperamento.

MP: Desde "chiquitita" siempre ha sido tímida, solo que nunca hasta el punto de que sus profesoras, me digan todo lo que le comenté el primer día que vinimos... ¿qué es lo que hay que hacer para superar esto?

T: El objetivo de la intervención no es que Lucía deje de ser tímida. La timidez no es un problema, es tan normal como ser extrovertido. Lo que nosotros queremos es que ella

aprenda a dominar el temperamento con el que vino y no que el temperamento la domine a ella.

MP: Entiendo...

T: Ahora, respecto a las conductas en casa, según lo que hemos ido profundizando, encontramos que detrás de esas conductas inadecuadas hay un contexto que las favorece, es decir, no es solo que Lucía se “porte mal”, mucho tiene que ver los modos en los que sus familiares se portan con ella, antes y después de que se den en estas conductas... Además, con toda la información que nos han ido brindando, se concluye que ese contexto no sólo está influyendo en las conductas inadecuadas en casa, sino que de alguna manera también influyen para que el TAS de Lucía se mantenga (factor ambiental). Respecto a esto, con quien tendríamos que trabajar ya no sería con Lucía, sino con los familiares.

MP: Entonces la terapia es tanto con Lucía como con nosotros.

T: En realidad, como se necesita del apoyo de todos los ambientes con los que ella interactúa, el plan de intervención involucra a la familia, a ella misma y si se puede, a la institución educativa.

MP: Esta bien, con lo del colegio no creo que haya problema.

T: Muy bien. Le comento cómo sería el proceso en sí. Para darle un mejor soporte a Lucía y a la terapia, empezaríamos la intervención con la familia. A usted se le brindará técnicas y orientación para disminuir las conductas de Lucía... Esto nos tomaría unas sesiones iniciales en las que no es necesario que ella acuda, y luego ya empezaríamos la psicoterapia en sí con Lucía. Es importante que ella entienda, en qué consiste la ansiedad y el TAS en particular, también le brindaremos técnicas para controlar los niveles de ansiedad, trabajaremos en aumentar su nivel de confianza y en mejorar su desenvolvimiento durante las interacciones sociales y públicas... El modelo de terapia con el que trabajamos es el Modelo Cognitivo Conductual; todo el proceso tomará aproximadamente 20 sesiones semanales, dependiendo del nivel de progreso, y más adelante también las citaré para cerciorarme, de cómo ha ido Lucía luego del tratamiento. ¿Están de acuerdo?

MP: Sí doctora.

T: ¿Tú qué opinas Lucía? ¿Quisieras aprender a manejar la ansiedad? Sé que también te pones “nerviosa” en los exámenes, en eso también vamos a trabajar, pero necesito tu autorización para empezar ¿qué dices?

P: (Asiente con la cabeza)

T: Entonces vamos a firmar un contrato, ¿está bien? Solo para confirmar nuestro acuerdo. Tu mamá también lo firmará.

La paciente y la madre firman el acuerdo terapéutico (ver Anexo A). Se agradece su asistencia y se cita al padre de familia para una siguiente sesión.

Conclusiones:

Se logran los objetivos de la sesión:

- ✓ Se explica el TAS de manera que el padre de familia logre comprender la naturaleza de la problemática, como la interacción entre factores biológicos, psicológicos y socio-ambientales, no obstante, sólo se abarca superficialmente la perspectiva del modelo Cognitivo Conductual, por lo que posteriormente se debe profundizar con la paciente en la explicación del TAS desde dicho modelo.
- ✓ Se fortalece la alianza terapéutica estableciendo objetivos comunes bajo mutuo acuerdo, y afirmando el compromiso para con las tareas y el proceso psicoterapéutico en general; sin embargo, aún se debe fortalecer el *rapport* con la paciente, debido a que continúa comportándose de manera inhibida durante la sesión.

Objetivo:

- Entrenar a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.

Técnicas:

- Psicoeducación

Descripción de la sesión

T: ¿Que tal Sra. Vanessa? La sesión pasada le comenté que se la entrenaría en técnicas de modificación de conducta. Para que estas técnicas tengan mayor efectividad, es necesario que vayan a la par de estilos de crianza más adecuados:

ESTILOS DE CRIANZA				
	PERMISIVO	DEMOCRÁTICO	AUTORITARIO	NEGLIGENTE
CONTROL	Control deficitario.	Control adecuado.	Control excesivo.	Control deficitario.
	Normas de conductas escasas, variables y no son claras.	Normas de conducta razonables suficientes.	Normas de conductas numerosas y arbitrarias.	No existen normas de conducta o son escasas.
	Actitud disciplinaria blanda.	Actitud disciplinaria firme.	Actitud disciplinaria sobreexigente.	Actitud ausente, despreocupada.
	Tendencia emocional de los padres: Ansiedad.	Tendencia emocional de los padres: Autocontrol.	Tendencia de los padres: Ira.	Tendencia emocional de los padres: despreocupación
AFECTO	Excesivo, sobreprotección, indulgencia.	Adecuado, comprensión y apoyo.	Deficitario, poco expresivo.	Deficitario, no expresivo.
COMUNICACIÓN	Excesiva, irregular e inconsistente.	Adecuada, recíproca y participativa.	Deficitaria, unilateral y problemática.	Deficitaria o nula.

T: ¿Ha identificado cual estilo emplea usted?

MP: El mío, oscila entre permisivo y autoritario, creo que raras veces es democrático. La verdad es que a veces me desespero; cuando le mando a mis hijos a hacer algo no me hacen caso, tengo que repetírselo mil veces; por eso me molesto y empiezo a gritarles hasta de cosas pasadas... Lucía me estresa con sus gritos, llora el uno, llora el otro, a veces se pelean los dos y ya no sé cómo actuar, si castigarlos o no.

T: Entiendo lo que dice. Poco a poco iremos aclarando esas dudas. Pero hay algo que quisiera que sí entienda, cualquier persona, por más conocimientos que tenga de lo correcto o incorrecto, si no logra manejar sus emociones en ese momento de estrés, entonces no podrá aplicar lo que sabe...

MP: Admito que sí me cuesta mucho. Generalmente siento que tengo que ser drástica, para que mis hijos me respeten, pero tampoco me gusta ser así...

Psicoeducación y explicación de la triple relación de contingencia:

T: Los límites o el control están muy relacionados al orden y a la organización, y las reglas y tareas claras no ayudan a ello.

MP: Yo sí les doy tareas para hacer en la casa, pero no es algo fijo como para que la "tengan clara". Lo que sí no hay para nada son reglas...

T: Cuando nosotros entramos a trabajar a una institución *formal*, siempre nos especifican nuestras funciones y nos dan un reglamento para guiarnos y organizarnos, sino imagínese que un día encontramos en nuestra boleta de pago, que nos han descontado por llegar tarde cuando nunca antes nos avisaron que nos descontarían... Algo similar pasa en el hogar, porque la familia, sin funciones o reglas sólo hacemos que el ambiente sea más propenso a generar ambigüedades, y por lo tanto, injusticias. ¿Comprende?

MP: Sí doctora. Creo que ordenarme me ayudaría un poco más a guiarme al momento de castigar...

T: Ahora pongamos un ejemplo de cuando empleamos un estilo permisivo, imagínese que, como trabajador, cada vez que comete un error su jefe o superior lo corrija por él, asumiendo sus responsabilidades, cómo cree usted que sería ese trabajador, ¿eficiente? ¿Aprendería a solucionar sus problemas? ¿Podría crecer profesionalmente?

MP: M... No, no podría. Lo mejor es un equilibrio.

T: Exacto... Algo que también voy a explicarle es que si Lucía actúa de esa manera, es porque esa conducta está cumpliendo una *función*, es decir, obtiene algún beneficio a largo plazo. Le voy a poner un ejemplo:

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSECUENCIA
Cuando Juan va por la calle con su mamá antes de almorzar, ve una tienda de dulces y pide uno, pero su mamá se lo niega.	Llora, grita, se tira al suelo pidiendo el dulce.	La mamá le compra el dulce a Juan.

T: Como usted sabe, las rabietas de Lucía sólo se dan en casa, es decir, ella sabe dónde comportarse así. Al parecer, algo sucede en casa (consecuencias) que hace que siga teniendo esas conductas exclusivamente ahí... A esas consecuencias que hacen que ella siga teniendo tales conductas le llamamos *refuerzo*. Por el contrario, si esas consecuencias hacen que las conductas se detengan o disminuyan le llamamos *castigo*. En el ejemplo de Juan, ¿cree que, si su mamá finalmente le compra los dulces, su conducta inadecuada de llorar, gritar y tirarse al suelo va a reforzarse o a disminuirse?

MP: Reforzarse, va a aumentar.

T: Exacto, porque esa conducta, inadecuada o no, cumplió con su objetivo... Es necesario que usted también identifique qué sucede antes y después de cada conducta inadecuada, que Lucía realiza. Cuénteme un poco más acerca de sus rabietas.

MP: Por ejemplo, le digo "Lucía, ya hay que hacer tu tarea" y ella me responde "ahorita" y sigue viendo la TV. Luego de un rato le vuelvo a insistir "Lucía hay que hacer tu tarea de una vez, porque luego voy a estar haciendo mis cosas y ahí sí no te voy a ayudar" y entonces tampoco me hace caso. Luego en la noche cuando yo ya estoy haciendo mis cosas, recién se me acerca para hacerlas y le digo: "No, ya no, te dije que luego ya tenía que hacer mis cosas y no iba a poder ayudarte".

T: ¿Y Lucía que hace?

MP: ¡Uf! Se pone a llorar, a rogar.

T: ¿Y usted que hace?

MP: En un inicio trato de no hacerle caso, pero luego de un rato se vuelve estresante, su llanto es como un castigo para mí. Le grito: "¡cállate Lucía, mira cómo te comportas!" pero creo que hasta grita más fuerte, así que finalmente termino ayudándole con sus tareas.

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSECUENCIA
Cuando la madre le dice (tras haberle advertido previamente) que ya no la va a ayudar con las tareas porque no obedeció en su momento.	Llorar intensamente y por horas.	La madre le grita pero finalmente le ayuda con sus tareas.

T: Entonces las “rabietas” le están funcionando porque finalmente obtiene lo que desea: que usted le ayude con sus tareas.

MP: Ayudándole consigo que deje de llorar, pero tienen razón, ella hasta llora más fuerte porque sabe que voy a ceder...

T: Sra. Vanessa y usted no cree que si hacemos alguna advertencia ¿debemos cumplirla?

MP: Sí, yo traté de mantenerme firme, pero es que el estrés me ganó y en ese momento solo quería que se calle, por eso le ayudé con sus tareas.

T: Es importante cumplir con nuestra palabra, para que ella entienda que hay consecuencias, de lo contrario, lo más probable es que para la próxima ella vuelva a tener esas conductas, es decir, la estamos reforzando.

MP: Sí, en realidad la estamos reforzando, porque lo hace muy seguido... Lo que pasa doctora es que a mí no me gusta amenazar.

T: No es amenazar Sra. Vanessa, es *advertir*. Gracias a las advertencias, ella va a estar informada de que si no cumple con algo, entonces habrá consecuencias (como el reglamento de la institución). Ahora... las consecuencias tienen que ser en proporción a la falta, o sea, ser justas; usted sí le hizo una advertencia justa, porque precisamente no es correcto que usted deje de hacer sus cosas o cambie lo que ha planificado, sólo porque ella no obedece. Lo que sí estoy de acuerdo con usted, es con que no le guste dar advertencias exageradas, por ejemplo: “Lucía, si no vienes inmediatamente a hacer tu tarea te voy a pegar”.

MP: Es verdad.

T: Además, para la próxima podríamos intentar dándole un plazo de tiempo, para mostrar que también tomamos en cuenta lo que ella hace en ese momento.

MP: Esta bien doctora.

T: Esto sería todo por hoy. Le voy a pedir que traiga una lista de premios y de las tareas que desea que Lucía realice. Vamos a empezar a incrementar esas conductas positivas.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados:

Objetivos de la sesión:

- Entrenar a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Economía de Fichas
- Coste de Respuesta.

Descripción de la sesión:

Se trabaja con la madre de la paciente respecto a las conductas inadecuadas y se le explica la técnica de economía de fichas y coste de respuesta.

T: Y bien Sra. Vanessa ¿qué hay de nuevo en casa?

MP: Le cuento que ahora Lucía está con la novedad del celular, le han regalado uno y ahora lo tiene para arriba y para abajo. Por otro lado, sigo peleando con ella cada vez que le pido que haga sus cosas...

T: ¿Trajo la lista de tareas que quiere que realice?

MP: Sí

Economía de fichas:

LISTA DE:	
CONDUCTAS DESEADAS	REFORZADORES
1. Tender la cama al levantarse.	1. Salir a pasear y comer su comida favorita.
2. Vaciar la lonchera al llegar del colegio.	2. Preparar un postre.
3. Lavar su plato.	3. Salir con mamá a la peluquería.
4. Dar de comer a Luna (la mascota).	4. Comprarle la muñeca <i>LOL</i> .

Procedimiento:

T: Entonces le explico en qué consiste la técnica. Se llama Economía de Fichas. En la 1era semana vamos a trabajar sólo una conducta, por ejemplo, tender su cama; en la 2da semana vamos a trabajar dos conductas: tender su cama y vaciar la lonchera al llegar del colegio; en la 3era semana se trabajarán 3 conductas deseadas: la 1era, la 2da y además la de lavar su plato; finalmente, a la 4ta semana se trabajarán todas.

SEMANA 1						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1.Tender la cama al levantarse						

LISTA DE INCENTIVOS			
Semana	Incentivos	Puntaje mínimo	Puntaje total
1	Pasear en familia y escoger la comida	16 pts	20 pts
2	Preparar un postre	32 pts	40 pts
3	Salir a la peluquería con mamá	48 pts	60 pts
4	Muñeca <i>LOL</i>	64 pts	80 pts

T: Cada conducta equivale a 4 pts, y no hacerlo equivale a 0pts. Como ve, cada incentivo tiene un puntaje mínimo. Por ejemplo, si en la semana 1 hace 20 pts, sí se gana el paseo en familia porque el mínimo es 16 pts, pero si solo hizo 12 pts entonces no se lo gana. Pero los puntos son acumulables, es decir, si en la semana 1 no alcanzó el incentivo porque solo hizo 12 pts, en la semana 2 empezamos a contar desde 16 pts, no desde 4 pts, con eso quiero decir, que si de repente no alcanzó el incentivo N° 1 en la primera semana, puede obtenerlo en la segunda semana. Obviamente, ella va a querer los 4 incentivos, por eso va a ser importante explicarle las reglas claramente.

MP: Esta bien doctora, seguro que sí va a querer hacerlo.

T: Sí. Tengo que aclararle que, si bien es necesario que haga bien la conducta, tampoco es requisito que lo haga *perfectamente*. Además, al menos la 1era semana es importante que le pongamos los puntajes inmediatamente y delante de ella para que vea su progreso, luego no es necesario que ella esté. Igualmente, tenemos que acompañar ciertos puntajes con refuerzos sociales:

REFORZADORES SOCIALES		
Son muestras de valoración o reconocimiento que permiten mantener o incrementar una conducta.	Se aplican: a) Verbalmente: ¡Eres genial! b) Mediante contacto físico: abrazo. c) Por gestos: sonrisa.	Ventajas: a) Fáciles de aplicar. b) Sin costo. c) Pueden ser administrados inmediatamente después de la conducta.

T: Los reforzadores sociales nos van a permitir, que no haya ese cambio brusco de recibir incentivos, a no recibir los premios materiales porque la Economía de Fichas tiene un límite, ¿comprende?

MP: Sí doctora.

Coste de Respuesta:

COSTE DE RESPUESTA	
0 pts:	1 hora menos de celular el fin de semana

T: Además, Sra. Vanessa. Esos puntajes de 0 pts., que ella obtiene por no realizar la conducta deseada, equivale a una hora menos de celular al día. Por ejemplo, si el lunes de la semana N°1 no cumplió con la tarea entonces tiene 1 hora menos del celular al día.

MP: Ya doctora Alexia. Aunque déjeme decirle que conociéndola va a llorar si es que no obtiene los 4 premios, es bien llorona.

T: Por eso, es importante que le comuniquemos bien las reglas, para que luego no diga que no se le explicó bien. Además, es importante que ella aprenda de sus errores, no se los echamos en cara, pero la podemos alentar diciéndole que aún tiene chance de llevarse los otros premios.

MP: Listo doctora, entonces lo aplicaré.

Posteriormente se continúa con la psicoeducación en estilos de crianza:

T: Ahora cuénteme sobre el tema de los abuelos de Lucía, tengo entendido que ella se “engríe” mucho con ellos.

MP: Sí, siempre hacen distinciones entre Lucía y Diego, comentan que Lucía es una linda niña porque es más tranquila y que Diego no porque es travieso. Además, si Lucía llora por algo ellos empiezan a decir: “ay, pobrecita la niña, ¿por qué estará llorando así?, se va a enfermar de los nervios, por favor háganle caso”. Y la verdad es que Lucía es una exagerada para llorar y puede estar horas así.

T: ¿Y por qué llora Lucía en la casa de sus abuelos?

MP: A veces porque yo le castigo o a veces porque su abuelo no le quiere comprar algo:

ANTECEDENTE	CONDUCTA	CONSECUENCIA
Su abuelo no le compra lo que le prometió (p. ej. una caja de 32 colores) y le dice que la próxima vez que se vean lo hará.	Lucía llora intensamente gritando insistentemente: “¡pero tú me prometiste!”	El abuelo va a la librería y le compra los colores.

T: En el colegio no hace ese tipo de conductas ¿verdad?

MP: No, ahí no. Una vez fui a recogerla al colegio y sus compañeritas me dijeron que Lucía había estado llorando porque se sacó una “C”. Ella generalmente no se saca esas notas.

T: ¿Y también le lloró a la profesora para que le ponga “A”?

MP: (ríe) No, sólo estuvo llorando en su asiento, sin decir nada.

T: Es porque las notas sólo se consiguen estudiando. Como le digo, ella sí se controla en otros ambientes, pero en casa no porque esas conductas le funcionan al ser reforzadas.

MP: Sí pues.

T: Ahora... llorar en sí mismo no está mal, está en su derecho de hacerlo porque se siente triste. La *conducta problema* no es que llore, sino que gane algo con eso. Permítale esa emoción y cuando ya esté más calmada, recién se acerca a ella y conversan para que le explique *por qué* está triste o por qué está llorando; incluso mientras está llorando usted le puede decir: “hija, si quieres llorar porque te sientes triste o molesta, está bien; cuando ya quieras hablar me buscas, y yo voy a estar ahí para escuchar tus motivos”. Esto es comunicación asertiva, y es importante porque le estamos enseñando que llorar no está mal pero que tampoco soluciona los problemas.

MP: Sí, tiene razón, siempre me he quejado de su llanto porque pensaba que esa no era una conducta para una niña de su edad, pero tampoco le he enseñado a comunicarse ni a que trate de resolver las cosas.

T: Exacto Sra. Vanessa. Además, va a ser necesario que trabajemos con toda la familia en conjunto, usted y su esposo tienen que hablar con los abuelos para que ya no cedan más ante el llanto o suplicas, y también para que eviten hacer ese tipo de comentarios delante de Lucía, porque van a hacer que se sienta más indefensa y con ello darle más motivos para llorar. Basta con que un miembro la refuerce como para que ella continúe con las rabietas.

MP: Listo doctora, así se hará.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos de la sesión:

- Continuar entrenando a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.

Técnicas:

- Economía de Fichas (monitoreo).
- Coste de Respuesta (monitoreo).
- Psicoeducación.
- Tiempo Fuera.

Descripción de la sesión:

Se realiza el monitoreo de las técnicas de modificación de conducta para incrementar las conductas deseadas:

Economía de fichas y Coste de respuesta (monitoreo)

T: ¿Cómo está señora Vanessa?

MP: Bien doctora, gracias.

T: ¿Cómo le fue con la aplicación de la Economía de Fichas?

MP: Está yendo bien, ya se ganó su primer premio (ver registro en Anexo D.1). Fuimos a Miraflores, hay un parque más abajo, en el mismo malecón, no recuerdo su nombre.

T: ¡Ah! Ese es el Parque del Amor. Qué bonito.

MP: Sí, fuimos todos el domingo, lo bueno es que habían juegos así que Diego también tenía con qué entretenerse.

T: Dígame, ¿cómo tomó Lucía la Economía de Fichas? ¿Estuvo de acuerdo?

MP: Al principio dijo: “¡Ah! qué fácil, sobrado la hago”, pero luego el jueves, cuando se dio cuenta de que si no cumplía una tarea más no se llevaría el premio, se puso a llorar. Le expliqué que aún estaba a tiempo, que ponga más de su parte y lo hizo. Ahora está más emocionada luego del paseo del domingo, el otro día me dijo: “mamá, tengo una idea, podemos hacer lo mismo con otras cosas como lavarme los dientes y así”.

T: La felicito, hizo que se dé cuenta de que ganarse ese premio dependía de ella. Y las veces que no ha cumplido, ¿le ha estado quitando las horas del uso de celular?

MP: Ahí sí hubo un poco de dificultad, lo que pasa es que esta semana no he estado mucho en casa para supervisar el límite de tiempo, he estado buscando academias de deporte por lo de la hiperactividad de Diego. Entonces ahí ella aprovechó mi descuido para tener el celular más tiempo (ver Anexo D.1).

T: No se preocupe. Pero sí es importante que haya supervisión. Tampoco olvide utilizar reforzadores sociales, en lo posible aquellos que incentiven su independencia, por ejemplo: “hija gracias por ser responsable” o “hija, ¿te has dado cuenta que hace una semana ya no lloras cada vez que no entiendes una tarea? Te has enfocado en solucionar los problemas, te felicito, eso no hacías antes”; utilice abrazos o una sonrisa.

MP: Creo que nunca hago eso con Lucía, no me había dado cuenta de que en verdad la trato como una niña, a veces hasta la jalo del brazo en la calle y ella ya está grande para esas cosas... Lo que sí he mejorado es con lo de las advertencias, ahora pienso dos veces lo que voy a decir porque sé que luego voy a tener que cumplir.

Se continúa con la psicoeducación en los estilos de crianza:

T: ¿Conversó con su esposo sobre lo que *toda* la familia tiene que poner de su parte?

MP: Sí hemos hablado, pero a la hora de la hora se nos hace difícil ignorarla cuando hace berrinches.

T: ¿Cómo así?

MP: El otro día, parece que Lucía no pudo instalar un juego y se puso a llorar feo; yo me molesté y le quité el celular. Le dije: “ya no te voy a dar el celular porque te estás portando mal, no puedes hacer tremendo escándalo por un juego”. Comenzó a gritar más así que le dije que le iba a quitar el celular por un mes... Como continuaba con la “lloradera” le dije: “si quieres gritar, grita, yo no me voy a pelear contigo, no te voy a hacer caso”. Me fui, pero como ella estaba que me seguía, la agarré, la llevé hasta a su cuarto y le dije: “quédate ahí, si quieres gritar, grita, pero no te voy a hacer caso”. Y comenzó a gritar: “¿por qué mamá, por qué?”. Habrá gritado como media hora o más hasta que su papá se cansó y se fue con su celular a decirle: “si sigues llorando te voy a grabar y se lo voy a enseñar a tus amigas”. Y yo le dije: “no, sal porque no tienes que hacerle caso”. Él me dijo que no era posible que haga tanto escándalo y ahí discutimos, porque le dije que no tenía que hacerle caso, que ella lo está haciendo a propósito y que ahora nosotros estamos peleando por eso. Y me dijo: “no pues, pero mira cómo grita, ya es demasiado”. Y es que en verdad gritaba tanto que se le escuchaba hasta la calle... Le dejé que grite y como no le hacíamos caso ella seguía en ese plan, pero de ahí ya se calmó.

Entonces ahí yo fui y le empecé a explicar: “yo te estoy castigando porque tú te estás portando mal, mira cómo estás gritando, tienes que aprender a controlarte. El celular te lo he quitado porque te estás portando así, yo no te lo iba a quitar un mes, solamente iba a

ser una semana, pero como has gritado tanto y te pones en este plan, haces que yo te castigue y no te lo voy a dar". Me dijo: "ya sé mamá, yo no me quería molestar contigo, lo que pasa es que a veces me da cólera, me siento molesta y no sé qué tengo, quiero gritar y me molesto". Yo le dije: "está bien, todos se molestan, pero no tienes por qué reaccionar así, pareciera que en verdad quisieras que te pegue; ya estás *así* de que lo haga".

T: ¿Cuánto tiempo estuvo llorando?

MP: En total como más de 1 hora. Cuando ella empieza a llorar no hay quien la calme.

T: Bien señora Vanessa. Déjeme decirle que por un lado sí entiendo a Lucía, a mí también me parecería injusto que me castiguen tan drásticamente por llorar. Lo único que teníamos que hacer ahí era ignorarla, no castigarla por un mes.

MP: Sí pues. Es que me "sacaba de quicio".

T: Es necesario ser pacientes, ella no va a llorar todo el día... ¿Han notado que diciéndole "cállate" no se va a callar?

MP: No pues, peor lo hace.

T: Lo que sí me alegra es que hayan conversado al final del berrinche. Podemos agradecerle por ser sincera y darle un abrazo, más que decirle: "ya estás *así* de que te pegue" ¿me dejo entender? Queremos que recapacite, no generarle culpa.

MP: Sí, está bien.

T: Por otro lado, respecto a la advertencia de su esposo, lo único que está consiguiendo con eso es reforzar la inhibición social y el temor a la crítica de Lucía, pues va a seguir pensando que llamar la atención de los demás es un castigo. Y eso es lo que precisamente queremos evitar.

Asimismo, el padre de familia describe mejoras en la paciente:

MP: También ya me he dado cuenta que ella "me mide". Por ejemplo, ayer hizo caer el control remoto por pasármelo de "mala gana", cuando yo le llamé la atención y la miré mal se puso a llorar diciendo "yo no lo quería botar" y se puso en ese plan. Pero yo no le hice caso, me centré en Diego porque en ese momento se había caído, y cuando volteé, vi que Lucía estaba con la cabeza abajo viéndome por un huequito disimuladamente para ver si yo volteaba a mirarla mientras lloraba. Pero seguí sin hacerle caso por un buen rato... Después ya solita se calmó y se me acercó, me dijo que se sentía mal y que ella no lo hacía a propósito; también dijo que ella no se quería portar así.

T: ¿Antes no decía eso?

MP: Antes no decía nada... Entonces ahí volví a repetirle que llorando no gana nada, que lo único que va a lograr es que yo me moleste más, porque si el castigo de quitarle el celular un mes le pareció bastante, que se imagine cómo puedo reaccionar si de verdad

estoy molesta. Y me dijo “ya”, se empezó a calmar ella sola, entonces ahí ya le dije “ya ven Lucía” y la abracé.

T: Eso es mucho más bonito, que la conversación sólo termine en advertencias. ¿Verdad?

MP: Sí

T: Y esto fue ayer ¿no? Entonces, a comparación del berrinche anterior por quitarle el celular, ¿lo de ayer fue igual de intenso? ¿Duró el mismo tiempo?

MP: No, el llanto de ayer fue con menos intensidad y también duró menos, como media hora... Antes ella lloraba y venía a abrazarme y a pedirme disculpas, pero como en ese momento yo estaba molesta le decía: “no te voy a dar un abrazo porque te has portado mal”. Me sentía mal, pero en ese momento no sabía cómo reaccionar, sólo quería darle un lapazo así que mejor la alejaba.

T: Entiendo. Pero si usted le rechaza los abrazos, le va a crear resentimiento o la sensación de que es una “mala chica” y quizá querrá seguir “portándose mal”. También tenemos que cuidar nuestro tono de voz, hablemos firmemente pero no con cólera, si hablamos con cólera ella no va a entender el mensaje, ni interiorizar las reglas; se va a quedar impactada por la emoción, se va a sentir triste y finalmente no aprendió nada.

MP: M... entiendo lo que dice. Está bien.

Finalmente, se le brinda técnicas para disminuir las conductas inadecuadas:

TÉCNICA DEL TIEMPO FUERA	
Objetivo	Que el niño reflexione sobre su mal comportamiento.
Latencia	Se aplica inmediatamente luego de la conducta problemática.
Duración	El tiempo es proporcional a la edad del niño en minutos. Nadie debe interrumpir.
Previamente	Antes de aplicarla, se advierte al niño que si sigue comportándose así va a ser castigado. La advertencia no se realiza gritando ni mostrando ira, se da con un tono firme. Si el niño vuelve a hacerlo se le da un sólo mensaje breve del motivo por el que está siendo castigado.
Lugar de castigo	Lugar libre de estímulos placenteros para el niño.
Al finalizar	Conciliación con el niño: se piden disculpas. Se asegura que el niño ha interiorizado que la conducta que hizo está mal.

Conclusión:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos de la sesión:

- Continuar entrenando a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.

Técnicas:

- Economía de Fichas (monitoreo).
- Coste de Respuesta (monitoreo).
- Psicoeducación.
- Tiempo Fuera (monitoreo).

Descripción de la sesión:**Economía de fichas y Coste de respuesta (monitoreo):**

T: ¿Cómo está Sra. Vanessa? ¿Lucía ya acabó con la Economía de Fichas?

MP: No, aún estamos en la tercera semana, porque como no ha tenido clases no se podían cumplir algunas cosas como vaciar la mochila, ya lo vamos a retomar la semana que viene, pero así como va, sí se va a llevar el premio la muñeca *LOL* (ver Anexo D.2).

T: Parece que también se lleva el segundo premio.

MP: Sí. A mí se me quemaron las primeras galletas, pero las segundas salieron bien. Ella se divirtió.

T: Y ¿cómo le está yendo con las tareas en general?

MP: Ya las cumple casi todas. Tampoco se queja, parece que se le hizo costumbre, o es que no quiere que le quite el celular una hora.

T: Perfecto

Se continúa trabajando con las conductas negativas:

Psicoeducación en estilos de crianza:

T: Ahora que ya estamos acabando con la Economía de Fichas nos vamos a enfocar netamente en las conductas problemáticas.

MP: La semana pasada hubo un incidente, pero sirvió para que las cosas se arreglaran.

T: ¿Cómo así?

MP: Lucía y su papá estaban yendo a la casa de su abuela, y en todo el camino Lucía le hablaba a su papá, sobre esa nueva aplicación que tiene en el celular y que todas sus compañeras tienen. Entonces su papá le dijo: “todo el día hablas de esa aplicación, te la voy a desinstalar llegando a la casa porque ya me parece demasiado”. ¡Entonces ella se puso a llorar tanto! incluso cuando ya estaban en la casa de su abuela... Su papá les dijo a su mamá y a su hermana que no se acerquen a hablarle porque está castigada. Aun así, la tía se acercó a ella a decirle que no llore y que mejor vayan a la tienda a comprar algo, pero como nunca, Lucía se negó.

T: Y por qué el papá quería desinstalarle la aplicación, ¿solo porque habla mucho de ella?

MP: En realidad, estoy segura de que se lo dijo para molestarla, no lo iba a hacer.

T: El problema aquí no es sólo que se hacen advertencias exageradas que luego no se cumplen. Sino que también están limitando las posibilidades de que Lucía socialice con sus compañeras... ¿Y a qué se refiere con que luego las cosas se arreglaron?

MP: Bueno, ¿recuerda que le comenté que sus tías y abuelos se meten mucho cuando su papá o yo les llamamos la atención?

T: Sí, claro, también me contó que hacen diferencias entre Diego y ella.

MP: Sí... Ese mismo día, mi esposo habló con su hermana y su mamá. Les dijo que ellas no se tienen que meter, que Lucía está llevando terapia y que tienen que poner de su parte no metiéndose con nuestras decisiones, de lo contrario ella no va a avanzar, que todos nos tenemos que poner de acuerdo.

T: ¡Bien! ¿Y resultó?

MP: Sí, o sea, se nota que a mi suegra le cuesta un montón no meterse y obvio que le va a costar, pero el otro día que fui, por ejemplo, estábamos comiendo todos en la mesa: mis hijos, yo y ella. Diego empezó a jugar con su comida y yo me di cuenta rápidamente que lo hacía a propósito como para molestar a su abuela- porque ella siempre está pendiente de todo eso para llamarle la atención-. Yo vi que su abuela estaba que lo miraba, pero ya no dijo nada, como que se aguantó... ..

T: ¡Qué bueno! Está bien que sea la abuela y que quiera engreír a Lucía, pero hay límites. La felicito porque usted está siendo muy constante y estamos avanzando: (1) La intensidad, frecuencia y duración de las rabietas de Lucía están bajando al menos un poco, (2) ya está comunicando cómo se siente, (3) se está dando cuenta de que llorando no va a conseguir nada, (4) sus abuelos están colaborando con que las conductas problemáticas disminuyan, (5) está haciendo conductas positivas que antes no hacía, etc...

Tiempo Fuera (monitoreo)

MP: Por otro lado, el otro día estábamos en la casa de mi hermana, pero como Lucía tenía tareas y además exámenes, le hice un par de ejercicios de multiplicación para ver si había practicado, pero como no le salió bien, estuvo “llora y llora” en mi hombro... Le hablé fuerte diciéndole que tiene que aprender a hacer las tareas, le guste o no; su papá vino y también le llamó la atención, diciéndole que se “comporte”; pero ella se esmeraba y gritaba más, se puso a llorar en mi oreja. Él, con tal de que se calle, me dijo que ya no le insista, pero le respondí que sí tengo que insistir porque ella tiene que estudiar porque no sólo tiene tareas sino también exámenes. Él dijo: “entonces vámonos a la casa”. Pero Diego empezó a protestar, porque él sí se quería quedar, por eso le dije, que si tanto quiere llorar que mejor lo haga en el carro, pero que aún no nos vayamos.

T: En Tiempo Fuera...

MP: Al inicio lloraba y lloraba y yo no le hacía caso, pero luego ya me molesté y le hablé gritándole: “¡nos vamos a la casa porque sigues llorando pese a que te explico que tienes que estudiar, pero no entiendes, ya no sé cómo explicarte!”... Seguía llorando, pero luego ya sola se calmó. Durante el camino de regreso su papá le decía: “si tú vas a seguir así yo no te voy a volver a traer, pareciera que te pones a llorar a propósito”.

RETROALIMENTACIÓN DEL TERAPEUTA

Positiva	Por mejorar
<p>-Es normal que Lucía intente resistirse a los cambios pretendiendo mantener las conductas que funcionaron anteriormente, pero felizmente usted ya es consciente de que ella llora de esa manera, para conseguir algo y se mantiene firme sin darle lo que pretende fácilmente; incluso se mantuvo en su posición a pesar de que su esposo quiso “rendirse” diciéndole que ya no insista.</p> <p>-Se dio cuenta de que la mala conducta era sólo la de Lucía, y que por lo tanto, su hermano no tenía por qué ser castigado por una falta de ella. Es decir, trató de ser lo más justa posible.</p> <p>-Por eso mismo, intentó aplicar la técnica del Tiempo Fuera. El carro fue un buen lugar, porque ahí no tendría con que entretenerse. Además, le dio una breve explicación y con el tono de voz firme y fuerte.</p>	<p>Aún hay algunos detalles a mejorar respecto a la técnica del Tiempo Fuera:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Darle un límite de advertencias con creciente intensidad: “Lucía, empieza a hacer tus tareas”, “Si sigues quejándote voy a castigarte, no importa que estemos en la casa de tus abuelos”. Si aún continúa con la conducta entonces aplica el castigo, pero usted ya le advirtió de las consecuencias previamente.2) Durante el Tiempo Fuera nadie debe estar con ella; si usted está a su costado mientras ella se queja, sólo logrará estresarse más usted y finalmente ella no reflexionará sobre su conducta.

Finalmente se indica a la madre que la paciente vea la película *Intensamente*.

Conclusión: Se logran los objetivos propuestos.

SESIÓN 6

05/05/18

Objetivos de la sesión:

- Lograr una mejor comprensión de las emociones y de la importancia de aceptarlas para lograr su regulación.
- Continuar entrenando a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.

Técnicas:

- Reconocimiento de Emociones.
- Termómetro de Emociones.
- Economía de Fichas (monitoreo).
- Coste de Respuesta (monitoreo).
- Psicoeducación.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión trabajando con la paciente (P) en la identificación de sus emociones y la intensidad de las mismas. Igualmente, se indagó de manera breve los motivos de dichas respuestas emocionales.

Reconocimiento de Emociones:

T: ¿Cómo estás Lucía?

P: Bien.

T: Desde hoy empezaremos a trabajar juntas. ¿Llegaste a ver la película *Intensamente*?

P: Sí, la vi dos veces.

T: ¿Te acuerdas el nombre de las emociones/personajes?

P: Sí: Temor, Alegría, Tristeza, Enojo y Desagrado.

T: ¡Bien! El día de hoy vamos a conocer un poco más de esas emociones (aparte de lo que ya viste en la película). Para eso, vamos a familiarizarnos con varios de los términos que tienen que ver con cada una de éstas...

Se solicita a la paciente, que coloque los papeles -que contienen términos relacionados a las emociones básicas- debajo de los personajes de la película según corresponda.



ALEGRÍA

Optimismo

Entusiasmo

Felicidad

Placer

Satisfacción



TRISTEZA

Infelicidad

Pesimismo

Melancolía

Desconsuelo

Desánimo



ENOJO

Irritabilidad

Ira

Fastidio

Desprecio

Molestia

Cólera



TEMOR

Nerviosismo

Vergüenza

Miedo

Pánico

Ansiedad



DASAGRADO

Asco

Desprecio

Incomodidad

Repulsión

Reconocimiento de emociones:

T: Ahora que ya conocemos las emociones, vamos a identificar en qué situaciones nos ponemos así y finalmente medir con este termómetro qué tan intensas son.

TERMÓMETRO DE LAS EMOCIONES



SITUACIONES		EMOCIONES	INTENSIDAD
Cuando me quitan el celular		<i>Cólera</i>	(10)
		<i>Tristeza</i>	(10)
Cuando mi hermano toca mis cosas		<i>Cólera</i>	(7)
En un examen o práctica "x"	Antes	<i>Temor</i>	(8)
	Durante		(8)
	Después		(8)
En el examen de Inglés	Antes	<i>Temor</i>	(10)
	Durante		(10)
	Después		(9)
Enterarme que me saqué una "mala" nota en un examen o práctica		<i>Tristeza</i>	(10)
Pensar en la reacción de mi mamá por haber sacado una "mala" nota		<i>Temor</i>	(10)
Pensar en la reacción de mi papá por haber sacado una "mala" nota		<i>Temor</i>	(6)
No exponer bien		<i>Desánimo</i>	(6)
Cuando la profesora me pregunta algo en clases/dar mi opinión		<i>Nerviosismo</i>	(5)
En una exposición	Antes	<i>Nerviosismo.</i>	(8)
	Durante		(8)
	Después		(3)
Al tener un insecto cerca (menos la mariposa)	P.ej. una cucaracha	<i>Asco</i>	(8)
		<i>Miedo</i>	(8)
	P. ej. una araña	<i>Asco</i>	(7)
		<i>Miedo</i>	(9)
Al hablar con un desconocido		<i>Desconfianza</i>	(7)
Sacar buena nota en el examen		<i>Felicidad /satisfacción</i>	(10)
Comer pastas y dulces		<i>Placer</i>	(10)
Cuando dibujo algo y sé que va a quedar bonito		<i>Optimismo</i>	(10)
Saber que ya se acerca La Navidad o mi cumpleaños		<i>Entusiasmo</i>	(9)
Recordar que antes vivía en Miraflores		<i>Melancolía</i>	(4)

T: ¿Crees que hay alguna emoción más importante que otra?

P: No, todas son importantes. En la película, cuando Alegría quería tener todo el control, empezaron a pasar un montón de problemas. Ella no quería que Tristeza participe porque pensaba que iba a malograr todo.

T: Exacto, al final entendieron que Tristeza y las otras emociones eran igual de necesarias; hasta trabajaron juntas ¿recuerdas?

P: Sí, al final ya no era todo azul (color de Tristeza) ni todo amarillo (color de Alegría); sino que las “pelotitas” de los recuerdos tenían tanto azul como amarillo, si es que Tristeza y Alegría trabajaban juntas.

T: Es que se aceptaron unas a otras. Además, si te das cuenta, a veces las emociones no son tan simples como *sólo* tristeza o *sólo* cólera; a veces aparecen ambas. A eso se le llama *emociones complejas*. Por ejemplo, cuando te quitan el celular sientes como una combinación entre alegría y tristeza ¿no?

P: Sí, cuando me lo quitaron estaba llorando y molesta a la vez. ¿Cómo se llama esa emoción?

T: Es como un sentimiento de *frustración*.

P: Ahhh... Entonces siento eso.

T: Es importante reconocer nuestras emociones, pero más importante aún es aceptarlas... Los pensamientos nos ayudan mucho a manejar nuestras emociones simples y complejas, pero eso ya lo veremos la próxima sesión... Antes de terminar, quería preguntarte ¿por qué te da más temor que tu mamá se entere de una mala nota, que tu papá?

P: Es que ella se molesta mucho si me saco B o C; en cambio mi papá no tanto.

T: Entiendo. Vamos a seguir hablando de eso. Ahora me quedará sólo con mamá.

Finalmente, se conversa con la madre de la paciente (MP), para finalizar con la supervisión de la Economía de Fichas y brindarle consejería respecto a su actitud, ante el rendimiento académico de Lucía:

Economía de fichas y Coste de respuesta (monitoreo):

T: Como está Sra. Vanessa ¿Lucía ya acabó con su Economía de Fichas?

MP: Sí doctora está feliz. Logró los cuatro premios (ver Anexo D.3). ¿Cómo puedo hacer ahora para que siga haciendo todas estas actividades?

T: Vamos a mantenerla con reforzadores sociales y/o con algún premio que usted considere acorde, pero sólo en ocasiones. Ella no debe saber cuándo la premiarán, podría ser en un mes y otro luego de 3 semanas, no es fijo... Recuerde estar más atenta a las cosas positivas que ella hace, eso funciona mejor que cualquier castigo.

Psicoeducación en estilos de crianza

T: Por otro lado, lo que sí me llamó la atención es que Lucía me diga que no sólo se pone nerviosa al dar un examen, sino que también le da miedo sacarse una mala calificación, porque usted le llama la atención (10); con mayor intensidad que su papá. (6).

MP: Lo que pasa es que cuando me trae una mala nota y yo le pregunto ¿qué pasó?, se justifica diciendo que el resto también sacó mala nota y eso me molesta. Entonces yo le digo: “deja de compararte, o sea, porque al resto le va mal ¿a ti te tiene que ir igual?, si el resto jala ¿tú también jalas?”.

T: Bueno, en realidad no es un mal mensaje: no siempre es bueno estar comparándose con el resto. Pero tal vez la *forma* en la que se lo dice, hace que ella sólo sienta temor y se olvide del mensaje.

MP: ¡Ah! Sí... Reconozco que sí se lo digo molesta...

T: ¿Recuerda lo que le dije la vez pasada? Si nosotros mostramos una cólera excesiva la otra persona no va a interiorizar el mensaje, solo se va a quedar con la emoción que le genera, en este caso *temor*. Si ella va a dar un examen con el temor a que no le vaya bien, porque de ser así le pueden llamar la atención, entonces no está estudiando para aprender, sino sólo para evitar un castigo.

MP: Entiendo.

T: Lucía presenta una gran ansiedad ante los exámenes, para tratar eso, pronto vamos a trabajar con sus pensamientos, pero necesito que usted y yo nos pongamos de acuerdo con el mensaje que le vamos a dar. Tiene que ser el mismo porque si no la vamos a confundir... La idea es que ella entienda que no necesita ser la mejor estudiante, para valer como persona; ella vale así desapruebe o cometa errores... Antes se creía que el que sacaba mejor nota era el más inteligente; al igual que usted, yo también crecí con ese discurso, pero realmente no es así; sacar una buena nota no te *garantiza* el éxito. Actualmente no sólo le va bien a la gente “chancona”, le va bien a la gente que hace lo que le gusta por satisfacción en sí misma y no por agradar al resto. Le va bien a la gente que sabe relacionarse de manera cordial, manejar sus emociones, solucionar problemas, etc. De nada sirve que yo le enseñe eso acá, si en casa le seguimos diciendo que el *fin* es sacarse una buena nota. ¿Nos ponemos de acuerdo entonces?

MP: Si doctora, está bien.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos de la sesión:

- Continuar entrenando a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.
- Explicar a la paciente la influencia de nuestros pensamientos sobre las respuestas emocionales, fisiológicas y conductuales, y la relación bidireccional entre éstos.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Coste de respuesta.
- Columnas paralelas (SPEC).
- Termómetro de las emociones.

Descripción de la sesión:

La paciente acude en compañía de la madre. Se inicia la intervención aconsejando y orientando al padre de familia respecto a las conductas inadecuadas en casa. La sesión se condujo de la siguiente manera:

T: ¿Cómo está Sra. Vanessa?

MP: Muy bien, Lucía ya no hace los “señores berrinches”. Además ¿Recuerda lo que me dijo de prestarle también atención a las cosas buenas que hace? Un día ordenó la mesa que está en la sala por iniciativa propia... me decía que no me acerque porque me tenía una sorpresa, hasta que me enseñó que realmente había ordenado la mesa, sacó todos los papeles, los organizó y le pasó el trapo.

Entonces yo le llamé a su papá, le conté y le dije que cuando venga a la casa traiga pizza para festejarle...

T: ¿En serio? ¿Por su iniciativa? Me alegra bastante, fue un buen gesti.

MP: Sí. Ha mejorado, pero a veces se queja de las cosas que le mando a hacer y que no son las que acordamos en la Economía de Fichas.

T: Cómo así, ¿qué hace?

MP: Por ejemplo, si le digo: “anda tiende tu cama”; empieza a renegar diciendo que todo le piden a ella y a Diego no; hace sonidos con su boca a regañadientes como “ashh” y para colmo se demora “la vida” en tenderla, cuando yo voy a supervisar encuentro que aún no lo ha hecho. Además, últimamente se hace como la que no me escucha, tengo que repetírselo como 3 veces, pero yo sé que sí escucha.

T: Y una pregunta, ¿llegó hacerles a Lucía y a Diego su lista de deberes? ¿Por qué es que ella sigue quejándose de que es injusto que haga más que él?

MP: Sí les hice. Ella ya sabe lo que tiene que hacer. A Diego sí se los leo porque no sabe leer aún.

T: ¿Entonces por qué sigue pensando que es injusto?

MP: Yo creo que Lucía piensa que es injusto, porque admito que antes sí le mandaba todo a ella y de mala manera... Lo que pasa es que Diego siempre ha sido un niño difícil por su TDAH, encima hace poco su psicólogo me dijo que también es *oposicionista*, si ella no me hace caso él ni qué hablar... La familia, en lugar de tenerle paciencia, sólo lo veían como la “oveja negra” o el malcriado... hablaban mal de él en su delante y lo comparan con su hermana, diciendo que Lucía sí es una *buena niña*... Es por eso, que yo empecé a sentir culpa de que él

no reciba el mismo cariño que ella, y queriendo buscar el equilibrio cometí el error de mandarle a Lucía a hacer todo. Ahí sí fui injusta con ella...

Psicoeducación:

T: Entiendo. Por eso Lucía sigue con la idea de que hacer los deberes o favores es injusto actualmente. ¿Le parece si habla con ella también sobre este punto? Más o menos algo así: “Hija, quería pedirte disculpas porque sé que antes no he sido muy justa contigo, exigiéndote que hagas tantas cosas y de mala manera; lo siento, yo también cometo errores, pero te prometo que voy a tratar de hacer mi mejor esfuerzo por ser lo más justa posible. Si un día vuelvo a cometer un error por favor discúlpame y házmelo saber, yo no me voy a molestar”.

MP: Está bien. Hablaré con ella. Pero doctora, ¿está bien que un padre les pida disculpas a sus hijos? ¿Eso no nos quita la autoridad?

T: Yo no tengo hijos, pero sí soy hija y creo usted también. No sé si a usted también le ha pasado, pero al menos a mí de niña sí me hubiese gustado que mis padres admitan sus errores, y sobre todo que me pidan disculpas. Pero no fue sino, hasta hace unos años que recién lo hicieron, como si esperaran a que yo ya no sea una niña. Me alegró que lo hicieran, pero creo que si las cosas pueden darse en su tiempo es mejor... Hay un orador motivacional muy famoso que justo habla sobre este tema, él dice que cuando uno pide *perdón* a los hijos en realidad *gana* autoridad, porque eso demuestra la intención de remediar y mejorar las cosas ¿Usted qué cree?

MP: Ya quiero hablar con mis hijos...

Coste de respuesta:

T: Entonces, retomando el tema de la desobediencia de Lucía, vamos a aplicar el Coste de Respuesta. Igualmente va a ser una hora menos de celular al día. Le sugiero que cuando le mande a cumplir con sus deberes le dé un plazo de tiempo máximo para que los haga y no *inmediatamente*. Es decir, a las 3 pm le dice que tiene hasta las 4 pm para que tienda su cama y que si usted va a supervisar a esa hora y ella aún no lo ha hecho entonces se le quitará el celular por una hora al día.

MP: ¿Y qué pasa si empieza a renegar o a hacer ruidos como “ash”?

T: Que los haga. Usted los ignora y se aleja de ahí. La idea es que cumpla con sus deberes y que sepa que si no los hace hay consecuencias. Finalmente, si ella sigue con esa actitud usted la advierte que va a reducir el uso del celular a una hora al día en total, que es lo recomendable...

MP: Está bien doctora.

T: Listo Sra. Vanessa, 3 tareas entonces: (1) ignorar gestos y berrinches, (2) conversar con Lucía para conciliar y (3) darle órdenes con un plazo y aplicar Coste de Respuesta.

La madre añade, que Lucía se muestra cada vez más intolerante con su hermano Diego, quien presenta TDAH. Se decide psicoeducar a la paciente brevemente ya que la mamá refiere no haber profundizado en la problemática:

Psicoeducación

T: Hola Lucía ¿cómo estás? Antes de empezar con lo nuestro quiero hacerte una pregunta. ¿Alguna vez te explicó tu mamá sobre las dificultades de Diego?

P: M... me dijo que él es diferente, pero yo lo veo igual que a todos.

T: Verás. Tienes razón, tu hermanito es igual a cualquier otro niño, pero con algunas características:

TDAH		
No presta atención	Se mueve en exceso	Actúa sin pensar
<ul style="list-style-type: none">• Presenta problemas para mantenerse concentrado.• Con frecuencia parece no escuchar.• Cambia de una actividad a otra con gran facilidad.	<ul style="list-style-type: none">• Salta y corre en situaciones inapropiadas.• Su nivel de actividad física es excesivo.• Habla en exceso.	<ul style="list-style-type: none">• Interrumpe las actividades de los otros.• No prevé las consecuencias de sus actos.• Tiene dificultades para esperar su turno.• Le cuesta respetar las normas.

T: Aparentemente no tiene dificultades, pero en realidad hay que tratar de ser bastante comprensivos con él. La gente que desconoce esto podría pensar que es un niño malcriado, rebelde u ocioso, cuando no es su “intención” comportarse de esa manera.

P: Lo que pasa es que él se porta mal, por eso le grito.

T: Te cuento que si nosotros le gritamos o golpeamos, no vamos a lograr que deje de ser inquieto o impulsivo. Es como esperar a que una persona con una lesión en la pierna empiece a caminar “correctamente” sólo porque le gritamos que camine bien o lo empujamos para que lo haga. Quizá le estemos haciendo más difícil de lidiar con eso de lo que ya es. ¿Entiendes?

P: Sí. Está bien...

Posteriormente se le explica la importancia de los pensamientos sobre las emociones, a través de las Columnas Paralelas (SPEC). Asimismo, la paciente se

muestra cada vez más desenvuelta y participa activamente de manera voluntaria; tampoco se inhibe al expresar sus ideas, pues brinda ejemplos personales e ideas:

Columnas paralelas SPEC

T: Continuando... el día de hoy vamos a ver un tema muy interesante, para eso me vas a decir el nombre de tus dos mejores amigas.

P: Maja y Sofy.

T: Ya Maja y Sofy van a dar el mismo examen (situación).

P: ¿Puede ser el examen de inglés? Es que es el más difícil...

T: Claro que sí:

COLUMNAS PARALELAS (SPEC)

	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
(-) Maja	Ante el examen de Inglés	“Me puedo sacar mala nota”. “Mis papás se van a molestar”. “No voy a saber qué responder”. “Me voy a olvidar”. “No soy capaz”. “A los demás les va a ir mejor que a mí”.	Miedo Angustia	Se olvida de las respuestas. Se bloquea. Mira las respuestas de sus compañeros para copiarlas.
(+) Sofy		“Todo me va a salir bien”. “Yo sé todas las respuestas”. “Estudí mucho así que me va a ir bien”.	Calma Tranquilidad	Se concentra en el examen. Responde correctamente. Termina el examen a tiempo.

T: Bien Lucía, ya viste cómo “tus amigas” han experimentado emociones tan diferentes ante el mismo examen de Inglés. ¿Por qué crees que sea eso?

P: Porque Maja ha pensado en positivo y Sofy en negativo.

T: ¡Bien! ¡Qué inteligente! Entonces, qué es lo que influye en nuestras emociones ¿las situaciones o los pensamientos?

P: Los pensamientos.

T: Ahora, tal vez los ejemplos que dimos de Maja y Sofy son un poquito exagerados... Si te das cuenta, Maja no tiene ni un solo pensamiento negativo y Sofy no tiene ni un pensamiento positivo.

P: Sí, pero ¿no está bien que Sofy piense positivamente?

T: Claro que está bien que piense positivamente, pero, siempre y cuando sea realista:

POSTURAS FILOSÓFICAS	PERSONAS EJEMPLO	PENSAMIENTO	SITUACIONES SUPUESTAS
Yo: + Otros: +	Maja	“Todos me quieren”	¿Qué pasa si un día alguien se aleja de ella?
		“Yo sé todo”	¿Qué pasará el día en que no sepa qué responder? Siempre hay alguien que sepa más que uno”
		“Soy la mejor en todo”	¿Qué pasará el día que le ganen en un concurso?
Yo: + Otros: -		“Soy más que el resto”	¿Qué pasa si un día viene otra niña y la humilla?
		“Yo nunca fallo”	¿Qué pasa si un buen día comete un grave error?
		“El resto siempre tiene la culpa”	¿Qué pasará si por pensar así nunca acepta sus errores y pierde amigas?
Yo: - Otros: -	Sofy	“Nadie me quiere”	¿Si sigue pensando así no es posible que aleje a la gente que ya la quiere?
		“No sé nada”	¿Si piensa así crees que le irá bien en los retos o en las evaluaciones?
		“Soy la peor (hija, alumna, hermana)”	¿Si un día su maestra la felicita o su mamá le dice que le quiere, la rechazaría por pensar así?
Yo: - Otros: +		“Soy menos que el resto”	Si un día conoce a alguien muy “malo”, ¿también pensará que es menos que él/ella?
		“Todo me sale mal siempre”	Si sigue diciendo eso ¿querrán incluirla en los trabajos grupales?
		“Yo tengo la culpa de todo”	Si mañana hay un terremoto ¿también pensará que tiene la culpa?

T: ¿Cómo crees que se sientan Maja y Sofy si tienen este tipo de pensamientos cuando de pronto les pase esas situaciones que a veces son inevitables (situaciones supuestas)?

P: Mal.

T: No sólo mal, muy mal: 10/10. Si tenemos creencias más realistas igual vamos a sentir emociones negativas, pero van a ser emociones entendibles y hasta necesarias.

POSTURA FILOSÓFICA REALISTA	PENSAMIENTO
<p>Yo: +/- Otros: +/- P. ej. Lucía</p>	“No le caeré bien a todo el mundo pero sí hay gente que me quiere y eso es lo que importa”.
	“Sé muchas cosas, pero jamás sabré todo y eso es normal, porque es imposible que las personas lo sepamos todo, es natural que no sepamos muchas cosas”.
	“Soy la mejor en el curso de Arte, pero no en todos los cursos, Isaac es el rey de las Matemáticas”. “Si un día pierdo en un concurso de Arte no importa, porque igual lo hago porque me gusta y no por competir. También me alegro por el ganador”.
	“Soy tan valiosa como los demás. Todos tenemos defectos y virtudes”
	“A veces las cosas me salen mal porque soy un ser humano y tengo el derecho a equivocarme, tengo el derecho a no ser perfecta”
	“No siempre tengo la culpa de todo, ni los demás tienen la culpa de todo. La mayoría de veces es responsabilidad de ambos”

T: Si te das cuenta, una persona *realista* se ve a sí misma igual que al resto, cada uno tiene defectos y virtudes (+/-). No es que se vea a sí misma como la “mejor” o el “peor”. Ni *todo* positivo, ni *todo* negativo... ¿Cómo crees que se sienta la “Lucía” del ejemplo si es que en algún momento le pasan las mismas situaciones?

P: Ya no se sentiría mal.

T: Quizá también se sienta triste si pierde una amiga o un concurso, porque es natural. Pero tal vez ya no sea un 10/10, o quizá al día siguiente esa emoción ya esté en cero.

P: Sí. Ya no sufre tanto.

T: Recuerda que las emociones son necesarias. Y como generalmente no podemos cambiar la situación entonces ¿qué es lo que tenemos que trabajar?

P: Los pensamientos...

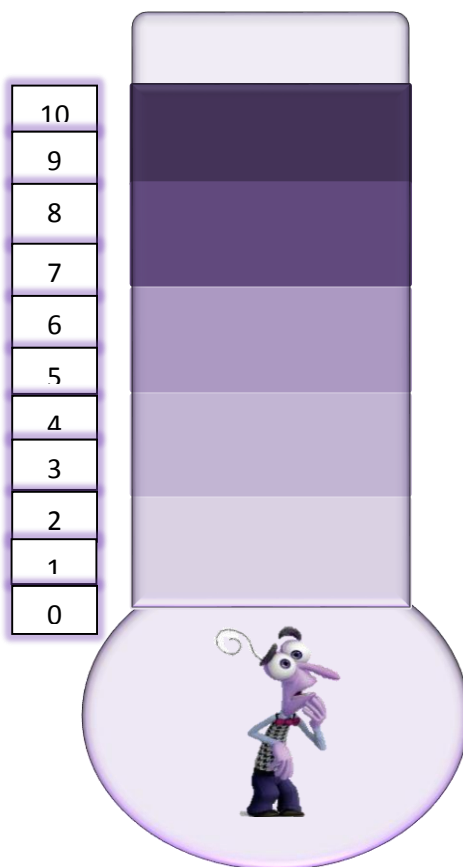
T: Exacto. Eso vamos a hacer aquí... Necesito que a partir de ahora vayas apuntando en tu cuaderno de terapia, las situaciones que influyen en que te sientas *ansiosa*. Aquí en el consultorio vamos a explorar tus pensamientos y más adelante lo harás por ti misma, así como lo hemos hecho hoy (SPEC) ¿está bien?

P: Está bien.

Termómetro de emociones:

T: Entonces, ya que vas ir recolectando las *situaciones*, también me gustaría que midas qué tan intensa es tu ansiedad en cada una de ellas, así que a partir de ahora vamos a trabajar únicamente con el Termómetro del Miedo:

TERMÓMETRO DEL MIEDO



Finalmente se conversó con la paciente acerca de las conductas negativas realizadas en casa relacionadas al estrés e irritabilidad:

T: Hay algo más que quería conversar. Tu mamá me comentó que estás renegando en casa cada vez que te pide un favor.

P: Sí (cabizbaja).

T: No te preocupes, yo entiendo. Sé que tú no eres la única que reniega, mamá también lo hace ¿no es así?

P: Sí, también reniega.

T: Yo le pedí a mamá que trate de estresarse menos. Te gustaría que ella esté de mejor ánimo, ¿más alegre y relajada?

P: Sí.

T: ¿Te gustaría también sentirte más relajada y de mejor ánimo? ¿O prefieres seguir renegando?

P: No, yo no quiero estar así.

T: Entonces yo te voy a enseñar unas técnicas para que te relajés.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados de manera parcial.

- ✓ Se hace seguimiento de las conductas inadecuadas en casa, por lo que se le recomienda: (1) refuerzo positivo intermitente y (2) coste de respuesta.
- ✓ La paciente consigue entender la relación entre situación, pensamiento, emoción y conducta; así como la importancia de pensar “racionalmente”.
- ✓ No se consigue explicar la bidireccionalidad de la conducta para la modificación de pensamientos, por lo que posteriormente se hará énfasis en esta característica. Asimismo, aún se debe alcanzar una mayor concientización en la paciente respecto a sus respuestas fisiológicas y conductas de seguridad ante situaciones ansiógenas.
- ✓ Se culmina de establecer el *rapport* con la paciente.

Objetivos de la sesión:

- Continuar entrenando a los padres en técnicas de corte conductual, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.
- Entrenar a la paciente en ejercicios de Respiración Diafragmática o Profunda de forma que pueda regular los niveles fisiológicos de ansiedad por sí misma.

Técnicas:

- Sobrecorrección
- Respiración Diafragmática o Profunda.
- Ensayo Conductual.
- Retroalimentación.
- Modelado.
- Imaginería.
- Psicoeducación.
- Columnas paralelas.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión, supervisando la aplicación de las técnicas de modificación de conducta. Se entrena al padre de familia en la técnica de Sobrecorrección para disminuir las conductas inadecuadas de la paciente:

Psicoeducación en estilos de crianza y Sobrecorrección:

MP: Bueno doctora, en definitiva, Lucía ha mejorado en varios aspectos: (1) Ya no llora como antes (en intensidad y frecuencia), porque sabe que con eso no va a conseguir nada y que igualmente yo la voy a castigar si sigue portándose mal. Ahora hago menos advertencias, pero las cumplo. (2) Cuando vamos a la casa de sus abuelos, su abuela la sigue consintiendo y tratando como “bebida” cada vez que quiere algo, pero aun así ella

sabe que debe portarse bien; ahora sí me ve como la autoridad, antes no porque como yo no le decía nada a su abuela, ella pensaba que su abuela podía “pasar sobre mí” en su casa. Ayudó mucho el que su papá haya hablado con su familia luego de que le dije que lo haga.

Pero, por otro lado, a veces sigue sin obedecerme inmediatamente. Ya hablé con ella como usted me dijo, los primeros días estuvo bien pero luego continuó con lo mismo, le reduje el tiempo del celular a una hora, pero nada... Y creo que le conviene que la mande a su cuarto, porque así “hace hora” y finalmente no cumple con los quehaceres que le pido.

T: Bien. Recuerde que el objetivo de Lucía, es *no* cumplir con los quehaceres/tareas y/o evitar el castigo. Y tiene razón, en estas ocasiones el Tiempo Fuera ya no nos sirve tanto, aquí convendría cambiar de técnica. Vamos a aplicar la *Sobrecorrección*:

SOBRECORRECCIÓN

- Es una técnica de modificación de conducta, que nos puede resultar útil para acabar con aquellos comportamientos indeseables y repetitivos, contra los cuales hemos intentado un “montón” de cosas y ninguna nos funcionó.
- La sobrecorrección, utiliza las fuerzas punitivas basadas en el *esfuerzo*, para romper con los malos hábitos y a la vez enseñar comportamientos adecuados.
- Se advierte que de no obedecer se aplicará la técnica.
- Si aun así el aviso no funciona, se aplica la sobrecorrección de forma inmediata, justo después del comportamiento inadecuado.

T: Con *basadas en el esfuerzo* se refiere a que las consecuencias de sus actos literalmente implican un esfuerzo. Si ella ha desobedecido a la indicación de la primera tarea, por ejemplo, dejó sus cosas en la mesa del comedor y no las recogió cuando usted se lo pidió, entonces ahora recoge sus cosas y además limpia la mesa o le mando a ordenar otro estante de la casa ¿comprende?

MP: Entiendo.

T: Yo le voy a mostrar varias técnicas, pero lo importante es que usted distinga en qué situaciones amerita usar una u otra.

MP: Sí, creo que eso me va a costar un poco. Hoy por ejemplo le decía varias veces que se cambie y se aliste para que se vaya a la Natación, pero en lugar de alistar sus cosas se quedó ahí sentada en el mueble con su celular. Al último recién metió sus cosas a la mochila, pero resulta que cuando ya estábamos en la piscina se dio cuenta de que no había traído su ropa interior. Empezó a quejarse y a renegar diciendo: “¡ahora qué me voy a poner!”. Yo le dije: “Bueno, te pondrás el calzoncillo de Diego pues, él se irá con el que vino puesto. Eso te pasa por no alistar tus cosas a tiempo y esperar para el final”.

T: Lo que yo haría en esa situación, en lugar de darle una solución, sería decirle: “¿Y ahora qué puedes hacer para solucionarlo? Hija, busca la solución, lamentablemente no me corresponde solucionar este problema. Yo ya cumplí con avisarte a tiempo”... Porque

sólo haciendo que ella misma resuelva los problemas en los que se ha “metido”, va a pensar dos veces antes de desobedecer o cometer una falta. Para hacer esto no necesita técnicas, sólo entender que si usted le soluciona los problemas le estamos enseñando a que no asuma las consecuencias de sus actos. Ella no debe obedecer por el miedo al castigo que usted le va a dar, sino porque ella se perjudica si no cumple con su responsabilidad... Que ella misma busque qué va a hacer para salir de esa situación. Expóngala a esas situaciones.

MP: Sí doctora, tiene razón.

Psicoeducación en estilos de crianza:

Se vuelve a brindar a la madre una retroalimentación respecto a la aplicación del castigo:

RETROALIMENTACIÓN SOBRE EL CASTIGO		
ANTES	DURANTE	DESPUÉS
Advertir con tono de voz firme (no gritos) que si continúa con esa actitud o conducta se le va a aplicar el castigo.	Dejar que la niña cumpla el castigo (sea en silencio o no). Mientras lo cumple, el resto de la familia no tiene que perjudicarse sino continuar con las actividades placenteras para que ella reconozca que le conviene tener conductas positivas. Si empieza a tratar mal a sus hermanos, intervenir y volver a advertir que si continúa así el castigo se irá incrementando. Si la niña se acerca a abrazarla y/o a pedirle disculpas, le acepta las muestras de afecto pero inmediatamente la dirige a terminar de cumplir con su castigo.	Conversar calmadamente con la paciente sobre los motivos de la sanción. Expresar emociones, disculpas y deseos. Conciliación. Crear expectativas.

Posteriormente se enseña a la paciente la técnica de Respiración Profunda, con la finalidad de que disminuya al mínimo las respuestas fisiológicas de ansiedad, frente a situaciones estresantes. Se hace uso del Modelado, Ensayo Conductual y de la Retroalimentación para que la paciente aplique la técnica con mayor eficacia. Asimismo, para una mejor comprensión del sistema respiratorio se le muestra un video expositivo:

Respiración Diafragmática o Profunda:

T: Lucía, te había comentado la sesión pasada que íbamos a aprender una forma de manejar el estrés y la ansiedad. Esta técnica tiene que ver con el video que acabo de

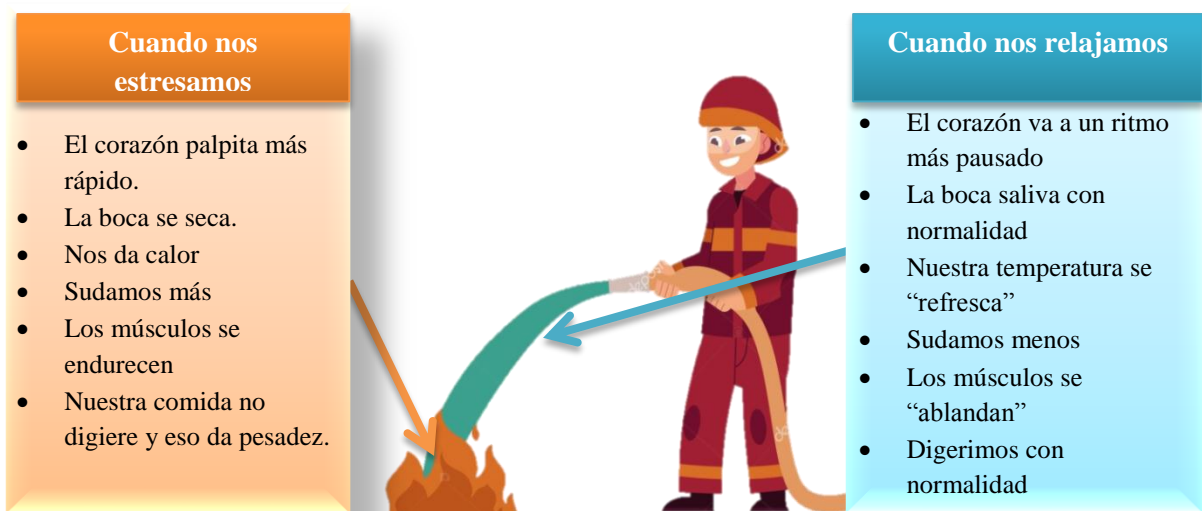
mostrarte. Pero primero respóndeme algo... ¿Tú crees que podemos estar relajados y tensos al mismo tiempo?

P: No, creo que no.

T: Exacto. Y si tuvieras que escoger entre estar tensa o relajada ¿cuál sería?

P: Pues... obviamente relajada.

T: Que bueno. Así como no puede haber fuego donde hay agua, tampoco puede haber tensión o “nervios” cuando estamos relajados. La técnica de hoy se llama Respiración Diafragmática o Profunda y va a funcionar como el “agua” que nos va a ayudar a apagar el “fuego” del estrés y la ansiedad.



T: ¿Has experimentado alguna de estas sensaciones cuando estás ansiosa? A mí me pasa que me duele la cabeza, por ejemplo.

P: M... sí, creo que mi corazón palpita más rápido o me pongo roja.

T: Cuando nos ponemos rojos es porque nuestra temperatura del cuerpo aumenta, sentimos como calor... ¿Has ido apuntando las situaciones donde te pones ansiosa?

P: Solo anoté una pero sí medí mi ansiedad.

T: Esta bien, entonces usémosla de ejemplo para que me expliques qué cambios suceden en tu cuerpo.

La paciente identifica por sí misma las repuestas emocionales que experimenta ante la situación ansiosa:

SITUACIÓN	EMOCIÓN
Antes del examen de Inglés.	Ansiedad 9/10 <i>Respuestas fisiológicas de la ansiedad:</i> “Mi corazón palpita muy rápido” “Mis manos sudan un poco más”

T: ¡Lo has hecho muy bien! Es bueno que reconozcas estos síntomas porque son parte de la ansiedad... Verás, el *diafragma* es como un botón grande que dice “RELAJACIÓN”, y la única forma de apretar el *Botón de la relajación*, es a través de las respiraciones profundas. Se llama Respiración Profunda, porque todo el pulmón se llena de aire (hasta abajo) haciendo que el diafragma se active empujando también al abdomen, por eso cuando respiro mi estómago se hincha un poquito, igual como respiran los bebés ¿has visto cómo respiran?

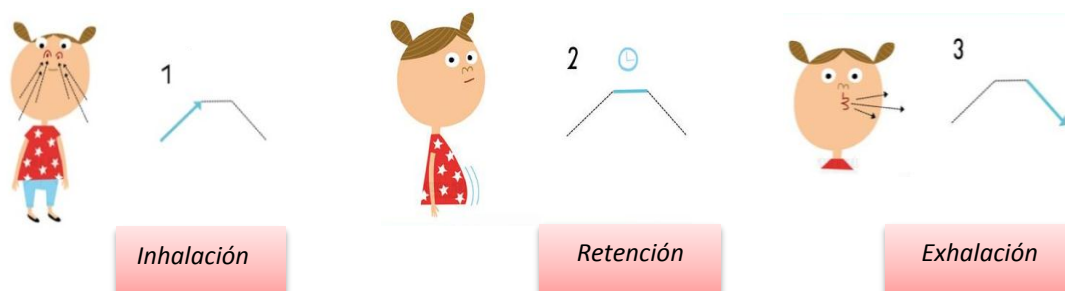
P: Sí (ríe) es gracioso.

T: Bien, vamos a empezar a practicarla, pero primero necesito que te pongas lo más cómoda posible, nos quitamos los lentes, relojes, etc. Nada debe estar apretándonos o picándonos ¿está bien?

P: Ya, ahora sí.

T: Listo. Seguiremos 3 pasos muy simples. Empezarás observando cómo lo hago yo para que luego me imites y finalmente lo hagas por ti misma.

----- (Se realizan los ensayos conductuales) -----



Retroalimentación: “El aire se expulsa lentamente haciendo nuestra boca en forma de “o”. No hay que contener el aire demasiado tiempo o podemos generar malestar”.

T: Esos 3 pasos (inspiración, retención y exhalación) hacen 1 respiración profunda. Nosotras haremos 4 en total, pero entre una y otra descansaremos un ratito respirando normalmente

Imaginería: “Además, mientras exhalamos, podemos decirnos mentalmente palabras que nos tranquilicen como: calma, paz, tranquilidad, etc. O sino también podemos imaginar algo que nos relaje mucho, por ejemplo, yo me imagino la luz de las velas o me pienso a mí misma buceando en una piscina. Lo importante es que, mentalmente, le

“ordenes” a tu cuerpo a que se calme, porque vamos a aplicar esta técnica en situaciones que nos generen estrés, ansiedad, nervios, miedo, etc.”.

P: ¡Sí! Me gusta.

T: Muy bien. Ahora que ya sabes realizar las respiraciones correctamente. Vas a practicarla todos los días, para que veas que con el tiempo tu cuerpo tenderá a estar más relajado que tenso o estresado.

P: Esta bien. ¿Pero en qué momento voy a hacerlas?

T: Por ahora que estás empezando podrías hacerlo en un ambiente donde no haya mucho ruido, o sea en casa. Pero la idea es que con el tiempo las hagas cada vez que vas a pasar por algo estresante, ya sea en el aula o en la calle. Pero no olvides que debes hacerlo todos los días... Dime, ¿sientes que te has relajado con las respiraciones de hoy?

P: Sí, no me siento tensa ni nada de eso. Solo espero que funcione cuando lo haga sola (ríe).

Unidad Subjetiva de Ansiedad (USA) después de los ejercicios: 0

T: Es genial que uno mismo pueda controlar lo que le sucede a su propio cuerpo y mente ¿no? Todos podemos.

P: ¡Sí! Solo tengo que apretar el *botón*.

T: Muy bien, es todo por hoy. No olvides seguir apuntando las situaciones.

Finalmente, se indica al padre de familia, que incentive en la paciente la práctica constante de los ejercicios de Respiración Profunda, principalmente ante situaciones que influyen en la ansiedad y estrés.

Conclusiones:

Se logran los objetivos parcialmente:

- ✓ La paciente consigue tener más consciencia de los síntomas fisiológicos como parte de sus respuestas de ansiedad, no obstante, aún se le debe explicar sus conductas particulares de seguridad y cómo éstas refuerzan dichas respuestas.

Objetivos de la sesión:

- Identificar los sesgos cognitivos que aumentan el valor de la amenaza de los estímulos ansiógenos, antes, durante y después de la exposición a ellos.
- Brindar a la paciente habilidades cognoscitivas que le permitan reestructurar sus creencias irracionales y afrontar las situaciones temidas.
- Continuar entrenando a la paciente en ejercicios de Respiración Profunda de forma que pueda regular los niveles fisiológicos de ansiedad por sí misma.

Técnicas:

- Flecha Descendente.
- Columnas paralelas.
- Respiración Diafragmática.
- Debate o discusión de creencias.

Descripción de la sesión:

A través de la flecha descendente, se detectan los pensamientos que están generando altos niveles de ansiedad ante las evaluaciones de desempeño, y se indaga las conductas consecuentes a la misma. Asimismo, a modo de hacer introducción a la discusión de dichos pensamientos, se le explica a la paciente, de manera didáctica, cómo es que funciona el sistema educativo:

T: ¿Cómo estás Lucía? ¿Has estado practicado tus ejercicios de relajación?

P: Sí, 2 veces. Les enseñé a mi mamá y a mi tía cómo se hacían.

T: ¡Qué bueno! El día de hoy vamos a explorar un poquito más, porque es que te pones muy ansiosa ante los exámenes ¿está bien? Vamos a usar tus apuntes de la semana pasada... Anotaste que de sólo pensar en que se acerca el examen de inglés te pones ansiosa. Dime, ¿ya lo rendiste?

P: No, es la en la otra semana todavía.

Flecha descendente:

T: ¿Y qué es lo que piensas de eso? Porque sabes que lo que nos genera malestar es lo que *pesamos del examen* y no el examen en sí...

P: Pienso que me puedo equivocar... Y si me equivoco mi mamá se va a molestar.

T: ¿Y por qué a tu mamá le molestaría que te equivoques?

P: Porque se supone que tengo que seguir siendo una buena alumna y no como Diego.

T: ¿Ella te ha dicho eso?

P: No. Pero siempre quiere que me saque buenas notas. En cambio, Diego no.

T: Y ¿es tan malo que tu mamá se moleste?

P: ¡Pues sí! No me gusta que me grite o que me quite el celular.

T: Entiendo. Ahora vamos a ponernos en la *peor* situación ¿está bien? Imaginemos qué es lo que pasaría si todo esto a lo que le tenemos miedo, se hiciera realidad... Por ejemplo, digamos que de verdad te equivocas y te sacas una mala nota ¿qué sería lo *peor* que podría pasar?

P: ¡Uy! Que jale el examen y que por eso repruebe el año.

T: Y supongamos que en verdad repitas el año ¿qué sería lo *peor* que podría pasar?

P: Si repito mi mamá se molestaría y además ya no vería a mis amigas.

T: ¿Eso sería lo peor que podría pasar? ¿Sería tan fatal que eso pase?

P: ¡Sí! Por eso me da miedo.

T: Bien... y ¿qué es lo que haces cuando te sientes ansiosa antes de dar exámenes?

P: ¡Me muerdo las uñas!

T: Pero además de morderte las uñas ¿estudias?

P: A veces. Es que no quiero estudiar cursos que no me gustan (lamenta). Intento, pero luego ya no me puedo concentrar así que hago otras cosas. Ojalá solo enseñaran Arte.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Antes del examen de inglés.	<p>“Me puedo equivocar. Va a estar difícil”</p> <p>“Me puedo sacar una mala nota y si mi mamá se molesta sería fatal”</p> <p>“No quiero estudiar inglés. Tengo que estudiar sólo lo que me gusta.”</p> <p>“Se supone que debo ser una buena alumna”</p> <p>“Si jalo el examen podría reprobar el año o perder a mis amigas y eso sería lo peor”</p>	<p>Ansiedad 10/10</p> <p>(Palpitaciones aceleradas y sudoración)</p>	<p>“Me muerdo las uñas”</p> <p>“Evito estudiar porque no me gusta el inglés”</p> <p>“Si trato de estudiar me concentro menos”</p> <p>“No hago nada y solo sigo preocupada”.</p>

T: Bien Lucía. Y ahora mismo que hablamos de los exámenes ¿también te sientes ansiosa?

P: ¡Sí! Creo que de solo pensarlo ya me da “nervios”. (USA: 6)

T: Entonces vamos a practicar unos ejercicios de Respiración Profunda antes de seguir conversando.

----- (Se realizan 4 series de respiraciones profundas) -----

T: ¿Te sientes mejor? ¿Hemos apagado el “fuego de la ansiedad”?

P: Un poquito. (USA: 4)

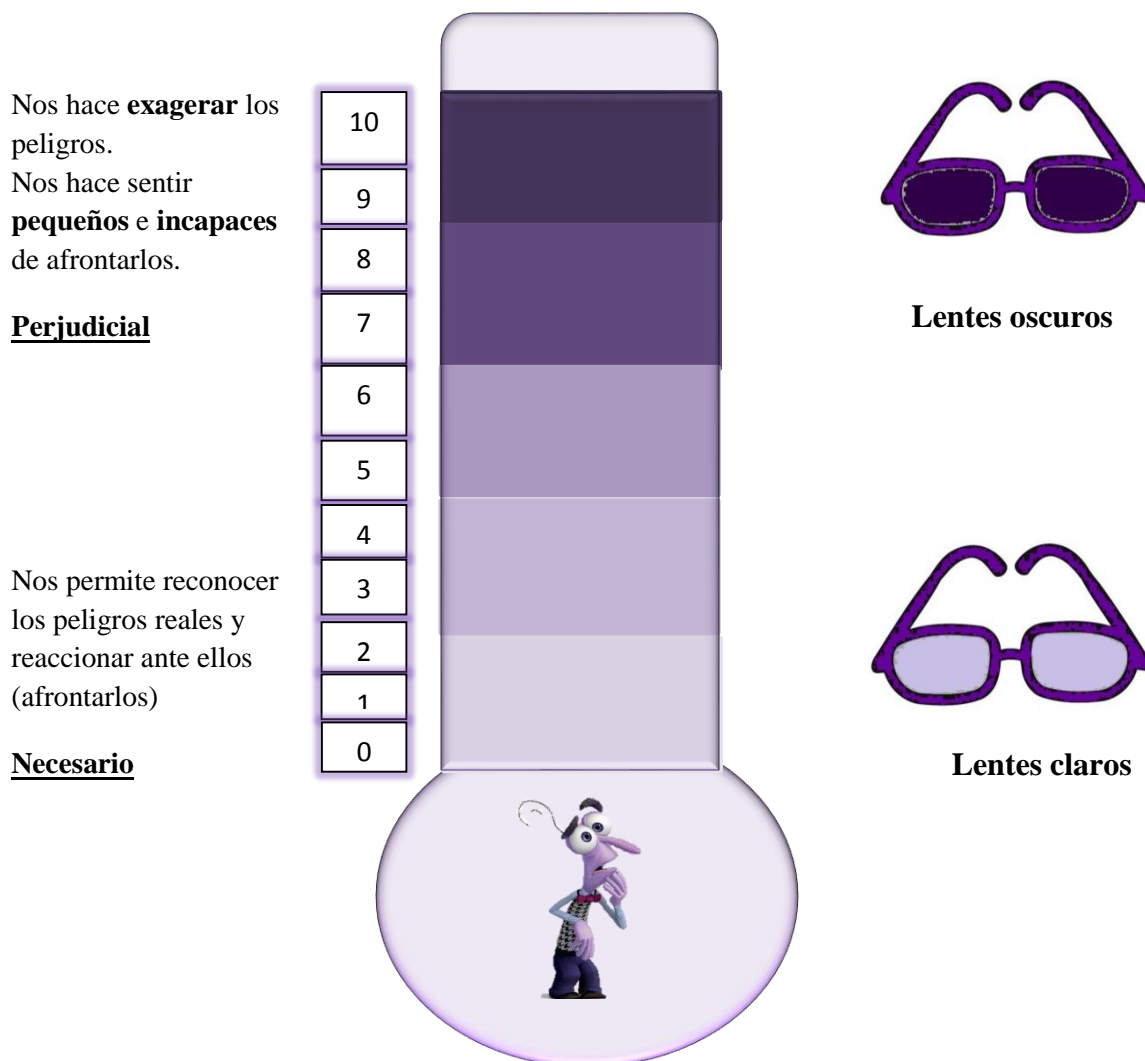
Psicoeducación y Discusión de creencias irracionales:

T: Te cuento que, así como nuestros pensamientos tienen el poder de influir en nuestras emociones, las emociones también tienen el poder sobre nuestros pensamientos y acciones, como en la película, ¿recuerdas?

P: Sí...

T: Entonces te voy a explicar rápidamente, qué es lo que pasa en nuestros pensamientos cuando el nivel de ansiedad es demasiado intenso ¿ok? Para eso haremos uso de nuestro termómetro del miedo:

TERMÓMETRO DEL MIEDO



T: (1) Esos lentes representan a nuestros pensamientos. A través de ellos nosotros vemos el mundo. (2) Mientras más claras o limpias estén las lunas de los lentes, más posibilidades de ver el mundo como “*realmente*” es. (3) La claridad de las lunas depende del nivel de temperatura del termómetro, por lo tanto, si la temperatura es muy alta, las lunas estarán muy empañadas/oscuras, en cambio, si la temperatura es baja, quiere decir que las lunas de los lentes serán claras.

P: ¿Y eso pasa también con las otras emociones?

T: Sí. Las emociones pintan las lunas de los lentes, o sea, influyen en nuestros pensamientos. Ahora mismo hemos hecho respiraciones profundas para disminuir la temperatura del miedo y por lo tanto, poder pensar con mayor claridad. Como la Lucía del ejemplo ¿recuerdas?

P: ¡Ah, sí recuerdo! Ya entendí...

T: Entonces ahora sí sigamos conversando... Ya que estamos hablando de temas que tienen que ver con el colegio, como exámenes o cursos, voy a comentarte un poquito acerca de cómo funciona “la escuela”... Como los niños y las personas somos tan diferentes, el sistema educativo ha creado un “diseño” que trata de ofrecernos cursos variados, para que todos estemos satisfechos en lo más que se pueda... ¿Cuál es tu curso favorito?

P: M... a mí me gusta el Taller de Arte, pero tengo un compañero que se llama Isaac al que le gusta mucho Matemática.

T: Ya, vamos a imaginar que en tu colegio sólo existe el curso de Arte para todos los alumnos y que por lo tanto, todos los exámenes son de dibujo, pintura o manualidades. ¿Cómo crees que se sentiría Isaac?

P: Pues, me imagino que no le gustaría, a menos que dibuje los números (ríe).

T: Estamos de acuerdo entonces en que Isaac quizá no se sentiría muy feliz de llevar sólo un curso que no le gusta, ¿verdad?

P: Sí

T: Ahora, haz de cuenta de que es al revés, y que en tu colegio sólo te enseñan Matemáticas.

P: ¡No! Sería horrible dar exámenes de Matemática todo el tiempo. Aunque Isaac sería el más feliz.

T: Exacto. Es por eso que llevamos cursos variados que quizá no nos gusten, porque es difícil cubrir las necesidades de todos, por eso el sistema educativo no es perfecto, tiene sus fallas; posiblemente en unas décadas no muy lejanas cambie casi totalmente, pero por ahora está diseñado así y hay que reconocer que es importante que sepamos de todo un poco... Dime que prefieres ¿seguir lamentándote de tener que estudiar cosas que no te gustan, o aceptar que en un sistema siempre habrá cosas que no nos gusten?

P: Preferiría no tener el curso, pero está bien, lo aceptaré. Además, si sólo quiero llevar Arte, en las vacaciones me puedo meter en talleres y mejores que en los del colegio.

T: Claro y recuerda que eso no dura toda la vida. Al culminar con el colegio ya serás “libre” de dedicarte a lo que tú quieras, sea algo relacionado al arte o no.

P: Pero, ¿saliendo del colegio no *debo* empezar la universidad?

T: No necesariamente tienes que ir a una universidad, ¿por qué piensas eso?

P: No sé, siempre dicen eso así que pensé que era así.

T: Entiendo... Lo que pasa Lucía, es que desde hace un par de años, se venía diciendo que las personas que han estudiado en la universidad, son “mejores” o son más exitosas

que las personas que no lo han hecho, pero en realidad esa idea de éxito depende mucho de la época... En la época de los cavernícolas, el mejor era el que cazaba los animales más grandes, y en la época de los Incas las familias que tenían más hijos eran las más ricas, porque así podrían trabajar más la tierra... Pero ahora mismo ya no es así, las cosas han cambiado porque estamos en una época donde la tecnología nos conecta a todos y avanza muy rápido. ¿No es cierto?

P: Sí...

T: Por lo tanto, ahora hay aún muchas más oportunidades para ser exitoso haciendo lo que nos gusta. ¿O está escrito en algún lugar que saliendo del colegio *debemos* ir a la universidad? ¿Las personas nacemos, crecemos, *estudiamos en la universidad*, nos reproducimos y morimos?

P: (ríe) Pues no...

T: Lo que pasa, es que pese a que las cosas han cambiado, nuestros abuelos, padres e incluso profesores aún se han quedado con la idea de que las personas deben tener un título profesional para tener éxito en la vida, cuando ya no es así. Hay gente que trabaja en las redes sociales que gana tanto como un profesor o un abogado, etc. Ganan dinero haciendo lo que les gusta, aunque con eso no digo que a los abogados no les guste su trabajo.

P: Sí, es verdad. Un youtuber llamado German gana mucha plata porque sus videos son muy graciosos y tienen muchos "likes"... ¡Ojalá no tuviésemos que ir al colegio!

T: Si pues Lucía, entiendo a qué te refieres. Puede que nuestra época no parezca la más bonita, pero antes era mucho peor... La educación era sólo para la gente con mucho dinero... es más, antes las mujeres no teníamos el derecho a estudiar. Nuestra "labor" era quedarnos en la casa, cuidar a los hijos, atender al esposo, etc. Las mujeres de otras épocas ni siquiera sabían leer ni expresaban su opinión...

P: Ah no, yo no quiero ser así... Yo quiero estudiar para diseñar mi casa "Domo" así como yo misma diseñé la casa donde vivo ahora usando un plano que se ve desde arriba hacia abajo...

T: ¿En serio Lucía? Ya sabía que eras muy creativa pero no hasta qué punto... Mira, a veces nos dicen que tenemos que sacar buenas notas en todos los cursos porque eso hace un "buen alumno", pero en mi opinión, no hemos venido a este mundo a ser buenos alumnos. Estamos aquí para hacer lo que nos gusta... Pero si tú pones tu energía en *todo* lo que te piden y tratas de ser *la mejor en todos los cursos*, es decir ser "buena alumna" ¿qué crees que va a pasar con esa creatividad tuya? ¿Se va a desarrollar?

P: Se va a desarrollar, pero sólo un poquito y eso no me gustaría. Lo que quiero es diseñar casas. Cuando diseñé mi casa "Domo", ¡me gustó mucho! ¡A todos les gustó! Aunque no sé *qué* es lo que tendría que estudiar...

T: Hay varias carreras, por ejemplo: Diseño de Interiores, Arquitectura, Arquitectura de exteriores, etc. Dime, ¿quieres aspirar *sólo* a ser una “buena alumna”? ¿O quieres ser *buena en lo que te gusta* como diseñar casas?

P: ¡Diseñar casas! (sonríe). Pero por ahora... a aguantar el colegio, y lo que dice mi mamá.

T: Mamá se centra en lo de “buena alumna” *por ahora*. Poco a poco vamos a convencerla de que te apoye en lo que te gusta. ¿Sí? Finalmente, dime la verdad, yo sé que eres bastante inteligente ¿realmente piensas que desaprobando un examen vas a repetir el año?

P: (ríe) No realmente, creo que exageré.

T: Pensé lo mismo...Vamos a continuar hablando de esto la próxima sesión, aún no hemos terminado. Sigue anotando las situaciones y practica tus ejercicios.

Se vuelve a plantear el SPEC después de la discusión:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Antes del examen de inglés.	<p>“El examen es importante pero más importante son mis sueños de ser Diseñadora de casas”.</p> <p>“No quisiera estudiar lo que no me gusta, pero acepto que en el Colegio siempre habrá cursos <i>menos favoritos</i>”.</p> <p>“Mi mamá se molesta porque piensa que debo ser una buena alumna, pero yo seré más que eso”.</p> <p>“Me puedo equivocar. Va a estar difícil”.</p>	<p>Ansiedad 7/10</p> <p>(Palpitaciones aceleradas y sudoración)</p>	<p>“Me muerdo las uñas”</p> <p>“Evito estudiar porque no me gusta el inglés”</p> <p>“Si trato de estudiar me concentro menos”</p> <p>“No hago nada y solo sigo preocupada”.</p>

Conclusiones:

Se logran los objetivos parcialmente:

- ✓ A través de la flecha descendente se detecta la presencia de errores en el procesamiento de la información y distorsiones cognitivas tales como: (1) *predicción catastrófica* del futuro relacionada con el fracaso académico y el castigo (adivinación del futuro), condiciones valoradas como sumamente terribles; (2) *subestimación* de sus propias capacidades para poder afrontar

dicha situación estresante considerada *insuperable* (maximización de lo negativo y minimización de lo positivo); (3) *atención* especialmente enfocada en las consecuencias catastróficas, a pesar de que su ocurrencia sea menos probable que las positivas (atención selectiva); (4) creencias rígidas relacionadas a que *tiene* que ser una *buena estudiante* (deberías y etiquetamiento).

- ✓ Se logra reestructurar la etiqueta de *buena estudiante*, e indirectamente la *predicción catastrófica* del futuro relacionada al fracaso académico, enfocándonos en las motivaciones profesionales de la paciente a largo plazo. También acepta radicalmente las realidades del sistema educativo, como el tener que estudiar cursos que no son de su agrado.
- ✓ Por otro lado, aún sigue maximizando el nivel de dificultad de las evaluaciones; presentando un miedo intenso al castigo implementado por los padres; y realizando conductas de evitación que refuerza y mantiene los niveles de ansiedad (7/10).
- ✓ La paciente logra entender cómo nuestras emociones también influyen en nuestros pensamientos (bidireccionalidad); sin embargo, aún se debe profundizar en la función e influencia de los *comportamientos de seguridad*.
- ✓ Se considera óptimo practicar los ejercicios de respiración profunda al inicio de cada sesión psicoterapéutica, debido a que los elevados niveles de ansiedad dificultan la discusión y cuestionamiento de las creencias irracionales.

Objetivos de la sesión:

- Finalizar con el padre de familia el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta, a fin de reforzar las conductas positivas y disminuir aquellas aversivas.
- Continuar identificando, los sesgos cognitivos que aumentan el valor de la amenaza de los estímulos ansiógenos, antes, durante y después de la exposición a ellos.
- Brindar a la paciente, habilidades cognoscitivas que le permitan reestructurar sus creencias irracionales y afrontar las situaciones temidas.
- Exponer a la paciente a las situaciones temidas, a fin de poner a prueba las distorsiones cognitivas y aplicar las estrategias de afrontamiento adquiridas.

Técnicas:

- Sobrecorrección (monitoreo)
- Exposición.
- Psicoeducación.
- Respiración Diafragmática.
- Debate o discusión de creencias.

Descripción de la sesión:

Inicialmente se realiza el seguimiento de la aplicación de técnicas de modificación de conducta. Luego se conversa con el padre de familia respecto a la importancia de educar positivamente a la paciente en relación a su desarrollo académico y profesional. La sesión se condujo de la siguiente manera:

Sobrecorrección y seguimiento de técnicas de modificación de conducta:

MP: Las cosas han mejorado bastante doctora. Le tengo buenas noticias. En esta semana apliqué la técnica de Sobrecorrección y todo salió perfectamente. Hubo un momento en el que casi me “hecho para atrás” porque ya me quedaba poca paciencia... La había mandado a barrer la sala dándole plazo a que esté lista hasta que yo regrese del mercado; pero regresé a la casa y ella seguía en el mueble viendo tele... cuando me vio, ni siquiera agarró la escoba aunque sea para disimular, y eso sí me dio cólera. Pero en mi mente dije “no, no me voy a estresar ahora porque renegando no voy a lograr que ella barra”. Así que le dije: “bien, no has hecho lo que te dije... entonces vas a barrer la sala y además la cocina”. Se puso a llorar y a quejarse, pero inmediatamente le dije: “te aconsejo que si quieres llorar lo hagas, pero mientras barres, porque si no lo has hecho hasta que el almuerzo esté listo, entonces también vas a barrer el patio donde está Luna (nuestra perra)”. Entonces en ese momento creo que se dio cuenta de que estaba hablando en serio así que agarró la escoba y se puso a barrer, pero con su “santa paciencia”. Ya me estaba molestando, pero respiré y decidí no decirle “apúrate” o algo así, porque ella misma tenía que darse cuenta de que si iba a ese ritmo, no iba a lograr lo que le mandé... Efectivamente no lo logró por “hacer hora”. Almorzamos, y seguro pensó que me iba a olvidar porque durante el almuerzo no toqué el tema, pero ni bien terminamos le dije que aún le faltaba barrer la cocina y el patio... Se puso a renegar y luego a llorar diciendo que el patio está muy sucio, ¡pero finalmente lo hizo! Así que luego de eso, como estaba sensible, aproveché y me acerqué a hablarle. Ella me decía que era injusto que la castigue, pero le dejé en claro que en realidad, no es que yo la haya castigado, sino que ella solita “se castigó” al seguir sin obedecer; también le dije que las cosas iban a ser así de hoy en adelante y me pidió disculpas.

T: ¡Vaya, ese sí que es un cambio! No lo digo porque la técnica haya funcionado, sino porque usted cada vez tiene más control sobre sus emociones, se detiene a razonar sobre la situación y toma buenas decisiones... La felicito, le aseguro que ahora Lucía va a pensarlo dos veces antes de hacerlo.

MP: Luego también pasó algo similar cuando le mandé a recoger los zapatos. Pero esa vez, ni bien me vio, se fue corriendo a recogerlos (ríe)...

Exposición:

MP: Le cuento que también dejé que ella misma resuelva sus problemas. El otro día estaban llegando tarde a Natación porque Lucía se demoraba “la vida” en cambiarse, a pesar de que le decíamos que se apure. Y cuando llegamos, quería que yo hable con el portero de seguridad, para que la dejen entrar, pensaba que no se lo iban a permitir por la hora. Así que me acordé lo que usted me dijo de *exponerla*, y le dije “no sé Lucía, si estamos tarde es porque tú te demorabas en cambiarte, ahora verás cómo lo solucionas. Además, dudo mucho que el portero te diga que no”. Y ella me dijo casi rogándome: “Pero dile tú por favor, a mí no me va a hacer caso”. Y le dije que ni siquiera sabía si él le iba a decir que *no* y que vaya de una vez porque ya era tarde. Y me dijo: “pero no quiero, tengo miedo”. Y le respondí: “entonces practica tus respiraciones, no sé”... Justo en ese momento Diego, que no decía nada, agarró y entró corriendo y el de seguridad ni siquiera

le dijo nada. Entonces Lucía se fue detrás de él, cuando me di cuenta ya estaban los dos adentro.

T: En realidad son muy buenas noticias. Lo mismo trate de hacer en otras situaciones, por ejemplo, dejar que sea ella quien responda cuando la saludan o le piden una opinión ¿de acuerdo? Si usted continúa respondiendo por Lucía, es como si usted nadara por ella en su curso de Natación- por un miedo a ahogarse- así nunca aprendería a nadar ¿o sí?

MP: Es verdad.

T: Por otro lado, yo aquí yo le voy a enseñar a *cómo* expresarse en esas situaciones y también en las exposiciones, a eso se le llama Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS)...y son como las técnicas para aprender nadar.

MP: Está bien doctora, así va a ser.

Psicoeducación sobre estilos de crianza en relación al ámbito académico:

T: Ahora mismo estoy conversando con Lucía respecto a su ansiedad ante los exámenes... Cuénteme, ¿ella sigue rogando para que le ayuden con sus tareas?

MP: Sigue quejándose de que es un montón de tarea, pero ya no *suplica* para que se la hagan porque sabe que no se la haré. Lo que admito es que sí me acerco para verificar que las esté haciendo lo mejor posible, no quiero que tenga malos resultados.

T: ¿Recuerda que hablamos del miedo que experimenta a Lucía a su reacción por obtener notas como “B” o “C”? ¿Cómo ha estado tratando eso?

MP: Bueno, ya no le *recrimino* así con ese tono de voz de antes, pero creo me cuesta no mostrar mi molestia o decepción, no sé si esa sea la palabra... Es que yo sé qué ella sí puede dar para más.

T: Claro, pero recuerde, ser buena alumna no garantiza el éxito más adelante. ¿Es importante que se esfuerce? Sí. Pero enfocarnos en lo que más le atrae, y es buena, es más importante aún... Hay que orientarla desde ahora; por eso es que muchos jóvenes en el 5to año de secundaria recién comienzan a plantearse qué es lo que quieren hacer con sus vidas. Esto los pone muy ansiosos y a veces escogen carreras que no los hacen felices, que abandonan, o que finalmente no ejercen. Lo peor es que nosotros como padres luego les recriminamos por “no saber lo que quieren”, cuando todo este tiempo estuvieron haciendo lo que nosotros o la escuela le dijimos que hagan... ¿Me entiende?

MP: Sí doctora. Y en realidad Lucía es bastante talentosa.

Se procede a trabajar únicamente con la paciente iniciando con respiraciones profundas. Posteriormente, se elabora junto con ella, las columnas paralelas ante las evaluaciones de desempeño; se profundiza en las conductas

que realiza ante cada situación y finalmente se hace discusión de las creencias irracionales.

----- (Se realiza 4 series de respiraciones profundas) -----

USA: 2.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Antes del examen de Inglés.	<p>“El examen es importante pero más importante son mis sueños de ser Diseñadora de casas”.</p> <p>“No quisiera estudiar lo que no me gusta, pero acepto que en el Colegio siempre habrá cursos <i>menos favoritos</i>”.</p> <p>“Mi mamá se molesta porque piensa que debo ser una buena alumna, pero yo seré más que eso”.</p> <p><i>“Me puedo equivocar. Va a estar difícil”.</i></p>	<p>Ansiedad 7/10</p> <p>(Palpitaciones aceleradas y sudoración)</p>	<p><i>“Me muerdo las uñas”</i></p> <p><i>“Evito estudiar porque no me gusta el inglés”</i></p> <p><i>“Si trato de estudiar me concentro menos”</i></p> <p><i>“No hago nada y solo sigo preocupada”</i></p>
Durante el examen de Inglés.	<p>“No me gusta dar este examen”</p> <p>“Ojalá acabe pronto”</p>	<p>Ansiedad 10/10</p> <p>(Temblor, palpitaciones aceleradas, sudoración y sensación de frío)</p>	<p>“Me cuesta concentrarme”</p> <p>“No sé por dónde empezar”</p> <p>“Respondo las preguntas pero no sé si lo hago bien”</p>
Después del examen de Inglés	<p>“Necesito saber los resultados para estar tranquila”</p>	<p>Ansiedad 9/10</p> <p>(Temblor, palpitaciones aceleradas)</p>	<p>“No hago nada pero sigo preocupada pensando en mi nota”</p>

Discusión de creencias irracionales

T: Y cuéntame ¿Cómo te fue en el examen de Inglés? ¿Estuvo tan difícil como pensabas?

P: No tanto... Creo que me fue bien pero no lo sabré hasta que me entreguen la nota.

T: Bien, te voy a poner una situación: Yo quiero comerme una torta de chocolate, pero al mismo tiempo no quiero engordar... Finalmente decido comérmela, pero mientras la como estoy pensando “no quiero engordar, no quiero engordar”, así que me la como con un sentimiento de culpa que no me deja disfrutar de la torta de chocolate en su totalidad... Te

pregunto ¿crees que diciéndome todo el tiempo “no quiero engordar”, realmente voy a conseguir comer la torta sin subir de peso?

P: (ríe) No, tendrías que hacer ejercicios.

T: Exacto. Ejercicios, no comer la torta o comerla y luego hacer dieta, cualquiera de ellas, menos seguir *preocupándome* pensando en que “no quiero engordar”. Igualmente pasa cuando pensamos “no me gusta el inglés”, “va a estar difícil”, “necesito saber mi nota”, etc. ¿Conseguimos algo preocupándonos?

P: No.

T: ¿Aprobamos el examen preocupándonos o estudiando?

P: Estudiando.

T: El examen que diste no estuvo tan difícil como pensaste, ¿sirvió de algo ponerte tan ansiosa? ¿Esa ansiedad fue necesaria o perjudicial?

P: Creo que fue perjudicial porque no me hace sentir bien.

T: La ansiedad es útil o perjudicial dependiendo de cómo quieras verla. Ella se presenta a ti te dice: “Hola Lucía, ¿quieres ser mi amiga o mi enemiga?”. Así no te caiga muy bien (porque es una emoción desagradable), si la consideras tu amiga, ella te ayudará a tomar decisiones correctas y luego de eso se irá, en cambio, si la consideras tu enemiga, como ella es terca, se va a quedar ahí y se va a volver cada vez más desagradable y perjudicial... Además, algo que es importante que entiendas, es que a veces las emociones desagradables como la tristeza o el miedo, también están presentes en situaciones agradables o bonitas; por ejemplo, muchas mujeres embarazadas al momento del parto tienen miedo de la operación (cesárea), pero también están felices porque pronto conocerán a su bebé... Tú naciste por cesárea, quizá momentos antes del parto tu mamá habrá pensado “no quiero que me operen”, pero luego habrá pensado: “tengo miedo a que me operen, pero es un miedo que estoy dispuesta a pasar porque conocer a mi bebé Lucía vale toda la pena y el miedo del mundo”. Sino no estarías aquí, ¿o sí?

P: No (sonríe).

T: En el ejemplo, ¿tu mamá tomó a ese miedo como a su amigo o enemigo?

P: Como su amigo.

T: Exacto. Así como sentir ansiedad por el parto no significa que no querer tener un bebé, sentir miedo a dar exámenes no significa *necesariamente* que no querer seguir estudiando. Simplemente es una emoción que vale la pena sobrellevar, ¿o tú realmente no quieres rendir el examen?

P: ¡Si quiero! Porque si no lo rindo desaprobaba y eso es lo que realmente no quiero... Tendré que darlo nomas (lamenta).

T: Exacto, ¿te has dado cuenta de lo que acabas de hacer?

P: No

T: Rápidamente te diste cuenta de que los exámenes también son parte de nuestro sistema educativo (al igual que los cursos que no nos gustan). Aceptaste esa situación y por eso dijiste “tendré que darlo nomás”...

P: Sí. Verdad (sonríe).

T: Entonces, si ya hemos aceptado la situación, ¿es mejor seguir solo preocupándonos, o empezar a hacer cosas que nos ayuden a conseguir lo que queremos?

P: Como lo dijiste. Estudiaré y daré el examen así no me guste y tendré uñas más largas (sonríe). ¿Y qué pasa si está difícil?

T: Es una probabilidad. Si está fácil, en buena hora. Pero si está difícil mejor.

P: ¡Qué! ¿Por qué mejor? ¡No! (se queja).

T: Un orador muy famoso, dice que mientras más difíciles son las cosas a las que nos enfrentamos, más expertos nos volvemos. Como en los videojuegos. A medida que vamos pasando de nivel la dificultad del juego también va aumentando, seguro nos costará más que un nivel inicial, pero si seguimos pasando esos niveles, sin darnos cuenta nos volvemos expertos, es decir, mejores jugadores que antes. Ese orador dice que si queremos volvernos expertos tenemos que poner nuestra vida en *modo difícil*... Sino imagínate. ¿Qué hubiera pasado si desde que entraste a primaria el nivel de dificultad de los cursos no hubiese aumentado?

P: Solo sabría lo de 1er grado. (Se sorprende)

T: Claro. Sabrías exactamente lo mismo que sabe tu hermanito Diego ahora.

P: ¡No! (ríe). Yo quiero aprender más.

T: Yo también siento ansiedad, pero también me da curiosidad de saber cómo será el siguiente nivel. Sino qué aburrido jugar el mismo juego ¿no?

P: Sí qué aburrido.

T: Bien, entonces, no sólo es importante cambiar nuestra forma de pensar, sino también *tomar una acción*. Así como los pensamientos influyen en las emociones y conductas, nuestras conductas también influyen en nuestras emociones y pensamientos. Quizá no pueda evitar sentirme ansiosa, ni resistirme a dar exámenes porque son obligatorios, pero sí que puedo controlar mis actos y lo único que me va a ayudar a sentirme más preparada es estudiar más. Vamos a armar nuevamente nuestro SPEC ¿listo?

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Antes del próximo examen de Inglés.	“El curso de Inglés no es uno de mis favoritos, así que rendir su examen no es algo que me agrade mucho, pero no puedo evitarlo, así que voy a tomar a la ansiedad como mi amiga y voy a rendirlo porque quiero seguir estudiando”. “Me siento ansiosa pero no gano nada,	Ansiedad 2/10 (Palpitaciones aceleradas)	“Quizá aún me muerda las uñas y me distraiga por momentos pero seguiré

	<p>sólo preocupándome. Lo único que tengo que hacer es prepararme por si el examen es realmente difícil y así subir de nivel". "El examen es importante pero más importante son mis sueños de ser Diseñadora de casas". "Mi mamá se molesta porque piensa que debo ser una buena alumna pero yo seré más que eso"</p>		<p>estudiando para el examen".</p>
--	---	--	------------------------------------

T: Muy bien Lucía, pudimos reducir el nivel de ansiedad a más de la mitad. Con eso las lunas de tus lentes se aclaran mucho más. Lo mismo te voy a pedir que intentes hacer con las otras dos situaciones (Durante y después del examen de inglés). Aparte de eso hay, ¿algo más que hayas registrado?

P: ¡Pues sí! ¡Ya se acercan los Juegos Florales! La tutora nos ha dicho que formemos grupos de 3 y que nos preparemos porque una de nosotras va a exponer para los Juegos Florales. Es un concurso, el grupo que lo haga mejor gana. No quiero que me escoja a mí porque yo no sé hablar en público (lamenta). Mucho menos si van a estar ahí todos los alumnos y los padres.

T: Dices que no sabes exponer... yo te voy ayudar con eso. Vas a estar preparada así te escojan o no. ¿Cuándo son los Juegos Florales?

P: En un mes y medio o 2.

T: Perfecto. Tenemos tiempo. También necesito que trates de recolectar los pensamientos sobre esa situación ¿está bien?

P: Ya...

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados:

- ✓ Los miembros de la familia han eliminado casi en su totalidad las conductas autoritarias y de sobreprotección. Incentivan la comunicación asertiva y la exponen a situaciones sociales ansiosas. Asimismo, se aplica la técnica de Sobrecorrección de manera óptima y se finaliza con el entrenamiento en técnicas de modificación de conducta satisfactoriamente.
- ✓ Las conductas de indefensión de la paciente respecto a los quehaceres del hogar disminuyen, pero continúa quejándose de la cantidad de tareas escolares, por lo que se le pide al padre de familia que la apoye brindándole educación positiva, es decir, poniendo más atención a sus cualidades que a sus déficits.
- ✓ Se acuerda con la madre trabajar, a partir de ahora, netamente la ansiedad de Lucía ante las evaluaciones de desempeño y situaciones socio-evaluativas, lo cual permitirá un mejor desenvolvimiento y adaptación a nivel académico y social.
- ✓ Se trabaja con la paciente estrategias de reestructuración cognitiva a fin de brindarle habilidades cognoscitivas ante situaciones ansiógenas como antes de rendir exámenes, por lo que también se alcanza reducir los niveles de ansiedad anticipatoria (2/10).

Objetivos:

- Continuar identificando los sesgos cognitivos que aumentan el valor de la amenaza de los estímulos ansiógenos.
- Brindar a la paciente, habilidades cognoscitivas que le permitan afrontar las situaciones temidas.
- Exponer a la paciente a las situaciones temidas, a fin de poner a prueba las distorsiones cognitivas y aplicar las estrategias de afrontamiento adquiridas.

Técnicas:

- Respiración Diafragmática.
- Columnas Paralelas (SPEC).
- Autoinstrucciones.
- Modelado.
- Autoafirmaciones enérgicas.

Descripción de la sesión:

La sesión inicia realizando 4 series de respiraciones profundas y revisando las Columnas Paralelas elaboradas por la paciente. Se termina de reestructurar las creencias irracionales presentadas durante y después de la exposición a las evaluaciones de desempeño.

T: Cómo estás Lucía. ¿Hiciste tu tarea?

P: Sí intenté, pero no sé si está bien. Había partes en las que no sabía qué poner:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Durante el examen de Inglés.	“No me gusta dar este examen, pero tengo que darlo para seguir estudiando”	Ansiedad 6/10 (Temblor, palpitaciones aceleradas, sudoración y sensación de frío)	“Respondo las preguntas pero no sé si lo hago bien”
Después del examen de Inglés.	“Quiero saber la nota, pero sólo queriendo no ganaré nada. Ya lo sabré el día de la entrega”. “Si no me fue bien podré dar otros exámenes”.	Ansiedad 1/10 (Temblor, palpitaciones aceleradas)	

Discusión de creencias irracionales:

T: Has entendido muy bien la importancia de tener pensamientos lo más *realistas* posibles; eso ayudó a que los niveles de ansiedad bajaran. Sin embargo, veo que aun dudas de tus respuestas a pesar de haber estudiado. ¿Por qué ya estás estudiando más verdad?

P: Sí. Sino que en ese momento no estoy segura.

T: ¿Y no crees que dudar de tus respuestas no te pone más ansiosa? Quizá por eso nuestra ansiedad todavía es elevada.

P: Creo que sí, pero no puedo evitarlo.

T: Tienes razón, la confianza es algo que vamos a ir formando poco a poco. Pero ¿sabes la parte positiva?

P: ¿Cuál?

T: Que a pesar de tus dudas al menos te arriesgas a responder. Hay personas que ni siquiera lo intentan.

P: Tengo una compañera que es así. Cuando nos entregaron los exámenes vi que no había escrito nada en varias preguntas.

T: ¿Ves? Quizá ella tenía una idea, pero como no quiso arriesgarse (posiblemente por temor a equivocarse), perdió la oportunidad de saber si sus respuestas estaban bien o no... En esos momentos, además de pensar “no sé si estoy respondiendo bien o no”, podríamos añadir: “no estoy 100% segura de mis respuestas porque puedo equivocarme, incluso habiendo estudiado, pero al menos estoy respondiendo y dando todo mi esfuerzo que es mejor a no arriesgarme y no haberlo intentado”.

P: Eso sí me ayudaría.

T: En *después* del examen no pusiste nada.

P: Es que no hago nada, solo me quedo con la curiosidad. ¿Debería hacer algo?

T: No, para nada. Eso que me dijiste iría precisamente ahí. A veces “no hacer nada” es lo mejor que podemos hacer, a menos que te parezca una buena idea perseguir a la profesora hasta su casa para te entregue la nota...

P: (Ríe) No.

T: Me gustó que hayas puesto que luego tendrás más oportunidades, si es que en ese examen no te va bien. ¿Ya no piensas que vas a reprobar el año y perder a tus amigas?

P: No, eso era broma (ríe).

T: Entonces las columnas quedan así:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Durante el examen de Inglés.	“No me gusta dar este examen, pero tengo que darlo para seguir estudiando”	Ansiedad 4/10 (Temblor, palpitations aceleradas, sudoración y sensación de frío)	“Hago mi mejor esfuerzo en el examen así tenga dudas.”
Después del examen de Inglés	“Quiero saber la nota, pero solo queriendo no ganaré nada. Ya lo sabré el día de la entrega”. “Si no me fue bien podré dar otros exámenes”.	Ansiedad 1/10 (Temblor, palpitations aceleradas)	“Tengo curiosidad pero no hago nada, solo espero mi nota”.

T: ¿Y esta semana tuviste exámenes?

P: No, recién salí de exámenes, pero si tuve una práctica de Matemática.

T: ¿Y cómo te sentiste?

P: Primero estuve tranquila porque Matemática sí se más; además siempre damos prácticas... Pero justo cuando la estaba dando me puse ansiosa (8/10), porque había una pregunta que no me acordaba muy bien cómo responder así que me empecé a morder las uñas casi durante todo el examen.

T: ¿Y luego de la práctica cómo te sentiste?

P: Luego estuve tranquila otra vez. Porque si es que me equivoqué sólo fue en una pregunta o dos. Además, es sólo una práctica, ya luego tendré exámenes más importantes.

T: Entonces la dificultad fue principalmente al momento de darlo... Vamos a ver porqué aumentó tu ansiedad justo en ese momento. Dime, ¿antes de la práctica pensaste que iba a estar fácil?

P: No pensé que iba a estar difícil. Por eso no repasé mucho.

T: Quizá sería bueno prepararnos lo mejor que podamos precisamente por si hay preguntas más difíciles ¿comprendes?

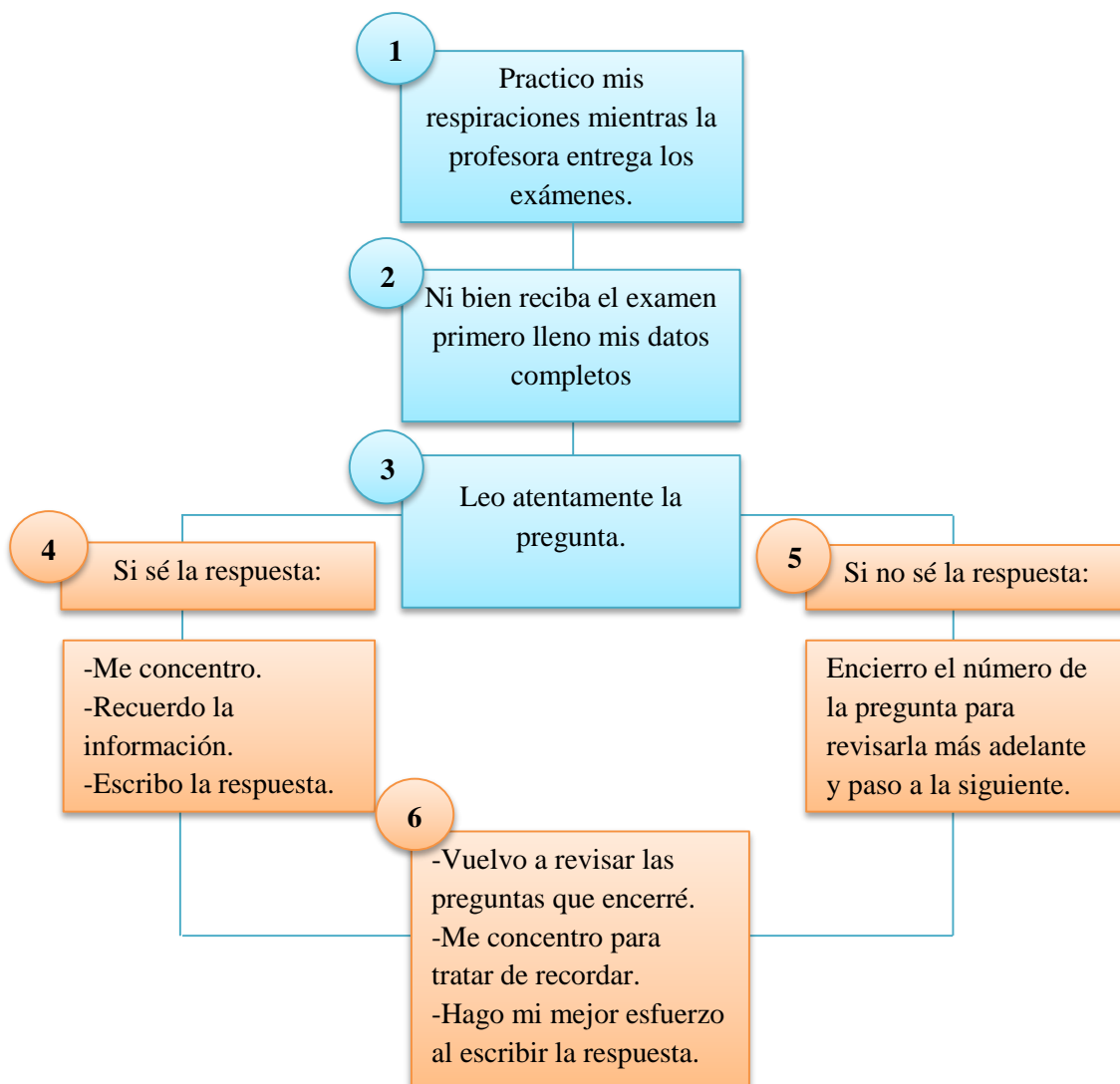
P: Creo que sí...

T: Es decir, está excelente que confíes en ti, *pero* también hay estudiar teniendo en cuenta de que podría haber un grado de dificultad mayor. Si vamos preparados entonces va a ser muy raro que nos sorprendan... ¿Y en ese momento no pensaste en lo que conversamos la semana pasada?

P: Es que estaba tan “nerviosa” que me olvidé. Además, sólo hablamos de *antes* del examen (ríe).

T: Esta bien. En esos momentos no tienes que acordarte de *todo* lo que hablamos. Lo que sí haremos será añadir un par de *instrucciones* que te vas a ir diciendo a ti misma:

AUTOINSTRUCCIONES



Procedimiento de Entrenamiento en Autoinstrucciones:

Pasos 1 y 2



Modelado cognitivo

El terapeuta se sienta en el escritorio diciendo en voz alta: "Voy a practicar mis respiraciones hasta que me entreguen las hojas y pueda empezar el examen".

Llega la hoja del examen, en voz alta: "Bien, ahora lleno mis datos completos".



Guía externa en voz alta

El paciente se sienta en el escritorio y realiza el mismo ademán de las respiraciones y llenar sus datos mientras el terapeuta da las instrucciones en voz alta.



Autoinstrucciones enmascaradas.

El paciente realiza los pasos 1 y 2 mientras simultáneamente verbaliza las autoinstrucciones en voz alta.



Autoinstrucciones encubiertas

El paciente desarrolla las tareas guiándose por las autoinstrucciones internas.

Pasos 3, 4 y 5



Modelado cognitivo

El terapeuta sentado en el escritorio va diciendo en voz alta: "Leeré las preguntas atentamente... La N°1 Sí la sé, concéntrate, recuerda si viste el tema en clases o repasando en casa. Responde y avanza a la siguiente pregunta... La N°2 no la sé, la voy a encircular y ya luego la reviso".



Guía externa en voz alta

El paciente sentado en el escritorio realiza los mismos ademanes mientras el terapeuta narra las instrucciones en voz alta.

Autoinstrucciones enmascaradas.



El paciente realiza los pasos 3, 4 y 5 mientras simultáneamente verbaliza las autoinstrucciones en voz alta. (Se realizan 3 ensayos y se hace retroalimentación)



Autoinstrucciones encubiertas

El paciente desarrolla las tareas guiándose por las autoinstrucciones internas.

Pasos 1 al 6



**Modelado
cognitivo**

El terapeuta sentado en el escritorio va diciendo en voz alta: "Bien, ahora revisaré las preguntas encirculadas. Concentra y recuerda que de seguro eso lo viste en clase. Esfuerzate, da una buena respuesta".



**Guía externa
en voz alta**

El paciente sentado en el escritorio realiza los mismos ademanes mientras el terapeuta narra las instrucciones en voz alta.



**Autoinstrucciones
enmascaradas.**

El paciente realiza los pasos 1 al 6 mientras simultáneamente verbaliza las autoinstrucciones en voz alta. (Se realizan ensayos y se le da retroalimentación)



**Autoinstrucción
es encubiertas**

El paciente desarrolla las tareas guiándose por las autoinstrucciones internas.

Autoafirmaciones enérgicas:

T: Además, en los momentos en los que te encuentres con preguntas difíciles, puedes decirte a ti misma cosas para darte ánimo como: "Son obstáculos que hacen superar mis límites. Estoy en *modo difícil*".

P: ¡Sí! Como haciéndome barras.

T: Exactamente...

A continuación, se elabora el SPEC en situaciones sociales tanto públicas como interpersonales:

SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION	CONDUCTA
Cuando me presentan a alguien.	"No quiero saludar porque no lo conozco y no sé cómo será". "Tengo que ver cómo es para poder acercarme". "Soy tímida. No es bueno ser tímida".	Ansiedad y vergüenza (6/10) Taquicardia, respiración agitada, ruborización.	"A veces me quedo callada y no respondo. Dejo que mi mamá o alguien más hablen por mí. Le pido al oído que lo haga para ya no sentirme tan nerviosa". "Demoro en responder, hablo poco, bajito y trato de no mirarlo mucho"
Cuando tiene que hablar con una figura de autoridad (p.ej.	"Si les pido algo se van a molestar. Me pueden decir que no o tratar mal (llamarme la atención o	Ansiedad (7/10) Taquicardia, respiración agitada,	"La mayoría de las veces no digo nada para que no me llamen la atención".

profesora, supervisor).	gritarme)".	ruborización.	
Cuando la profesora pide intervenciones orales de conocimiento o dar su opinión.	"Si respondo todos me van a mirar y voy a ser el centro de atención". "No sé si mi respuesta es correcta. Si me equivoco pensarían que no sé leer y sería terrible porque se reirían de mí"	Ansiedad y vergüenza (10/10) Taquicardia, respiración agitada, ruborización.	"Casi no participo porque prefiero eso a que los demás me noten". "No hablo porque así estoy más tranquila".
Cuando me piden que lea en voz alta frente a mis compañeros.	"Me voy a confundir porque estoy nerviosa". "No puedo equivocarme porque están escuchándome". "Lo peor sería que se rían de mí".	Ansiedad y vergüenza (8/10) Taquicardia, respiración agitada, ruborización.	"A veces me trabo al hablar." "Hablo muy bajito para que no me escuchen por si me equivoco".
Cuando me dicen que tengo que exponer o hablar en público.	"No quiero hacerlo" "No sé exponer, siempre lo hago mal" "Lo voy a hacer mal" "Los demás lo hacen mejor, se ven más seguros".	Ansiedad y vergüenza (10/10) Taquicardia, respiración agitada, tensión muscular.	"Paso más tiempo preocupada que preparándome para la exposición"
Durante una exposición.	"Me voy a trabar al hablar". "Me miran porque lo estoy haciendo mal o porque ya notaron que estoy nerviosa".	Ansiedad y vergüenza (10/10) Taquicardia, respiración agitada, ruborización, aumento de temperatura corporal.	"Trato de no mirar a la gente". "A veces me trabo, por eso hablo muy bajito como para que no me escuchen". "Me quedo muy quieta o me froto las manos". "Pienso que los demás se dan cuenta de que lo hago mal"

Tras la elaboración de las Columnas Paralelas, se detecta que la paciente ha mejorado su capacidad de introspección y que cada vez es más consciente de sus conductas tanto externas como internas. Se le recuerda aplicar las autoinstrucciones y autoafirmaciones enérgicas.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados:

- ✓ Se termina de reestructurar las creencias irracionales de la paciente presentes durante y después de rendir evaluaciones académicas, por lo que los niveles de ansiedad disminuyeron a 4/10 y 1/10 respectivamente. Asimismo, se la entrena en otras habilidades cognoscitivas, para enfrentar dichas situaciones de manera eficaz: autoinstrucciones y autoafirmaciones.
- ✓ Ante situaciones interpersonales y públicas vinculadas a la evaluación social, se mide la intensidad de la emoción, y se indaga las respuestas fisiológicas, los pensamientos y los comportamientos de seguridad.
- ✓ Se encuentra que la paciente ya no considera las etiquetas de “buena alumna” dentro de los pensamientos que anteceden a la ansiedad, como lo hacía anteriormente, y que hay mayor aceptación de las circunstancias o situaciones que no son de su agrado, lo que a su vez facilita el enfocarse en las estrategias que podrán mejorar su desenvolvimiento.
- ✓ Se detectan las creencias irracionales que aumentan el valor de la amenaza a los estímulos socio-evaluativos: (1) Falsas creencias que inferiorizan la timidez frente a la extraversión, y que cumplen la función de justificar el no enfrentarse a las situaciones temidas; (2) ideas de incompetencia social que predisponen a: (3) la adivinación y catastrofización de posibles consecuencias adversas, ligadas a la evaluación negativa como críticas, llamadas de atención, burlas, etc.; y (4) adjudicación errónea a los comportamientos de seguridad como las conductas más efectivas para disminuir la ansiedad.

Objetivos:

- Brindar a la paciente habilidades cognoscitivas que le permitan reestructurar sus creencias irracionales y afrontar las situaciones temidas.
- Exponer a la paciente a las situaciones temidas a fin de poner a prueba las distorsiones cognitivas y aplicar las estrategias de afrontamiento adquiridas.

Técnicas:

- Debate o discusión de creencias.
- Psicoeducación.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión discutiendo las creencias irracionales de la paciente respecto a la timidez. Para facilitar el proceso se emplea material audiovisual:

Nombre del video: “5 cosas que no sabías de los tímidos”.

Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=FHRorA8jcxA>.

1. Procesan el mundo de un modo diferente: Son altamente sensibles, por lo que captan estímulos sutiles que otros no notarían. Son capaces de entender más a las personas porque prestan atención a su comportamiento. Procesan profundamente las experiencias y cualquier cosa que los rodee.
2. Son muy introspectivos: las personas tímidas suelen estar bastante centradas en sus propios sentimientos y emociones. Para hacer algo lo piensan dos veces porque siempre están atentos a de qué forma lo hicieron.
3. Valoran mucho a las personas que quieren y uno de sus mayores puntos fuertes es escuchar. Por ello son considerados como buenos amigos.
4. Aunque parezca que están tranquilos siempre tienen su mente inquieta procesando información. Ellos son los que piensan mucho pero hablan poco.
5. No siempre son introvertidos, depende de cómo los veamos. Si te logras la confianza de alguien tímido habrás encontrado un verdadero amigo.

Discusión de creencias irracionales:

T: Como ves, tanto las personas que tienden a la introversión como a la extraversión tienen ventajas y desventajas... Yo, por ejemplo, también tiendo a ser introvertida, como dice el punto N°1, me considero sensible a las cosas que suceden. Eso a veces no me gusta, porque cuando hay ruidos muy fuertes me asusto tanto, que en esos momentos sólo quisiera ser una tortuga dentro de su caparazón; sin embargo, la mayoría de las veces lo tomo como un “súper poder” ¿sabes por qué?

P: No ¿por qué?

T: Porque gracias a la sensibilidad, tengo la capacidad de apreciar más a detalle las cosas que me gustan, como el arte o la música. También me ayuda a conocer a las personas y a darme cuenta de cosas que ellas incluso aún no han notado sobre sí mismas... Para que me entiendas aún mejor mira este video, trata sobre una joven llamada Amelie. Ella es introvertida y generalmente se cohibe bastante con la gente, pero un día ella decide ayudar a un ciego a cruzar la calle; como no habla tanto como el resto pareciera que no tiene nada interesante que decir, pero mira lo que sucede:

Nombre del video: “Amelie ayuda a un ciego”. (Extracto de la película Amelie)

Enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=Of5xmb70s2o>.

Narrador: “Amelie se siente de pronto en total armonía consigo misma. Todo parece perfecto: la suavidad de la luz, ese perfume en el aire, el rumor de la ciudad. Inspira y la vida parece tan simple, tan limpia, que un vivo deseo de ayudar a la humanidad se apodera de ella...”

(Amelie toma del brazo a un ciego que ve en la calle, y mientras lo ayuda a cruzar le describe todo lo que hay allí):

-Venga, lo ayudo. Un escalón. Aquí viene la viuda del tambor de la banda, lleva su uniforme desde que su esposo murió. ¡Cuidado! El caballo, ha perdido una oreja. El marido de la florista se ríe y tiene arrugas. En la pastelería hay chupetines. Mmm... ¿huele algo? El vendedor ofrece rajitas de melón. Eso es helado de turrón. Pasamos por la tienda de embutidos Jamón 79, Costillas 45, La quesería y El picadón de Ardeche 19'20. Un bebé mira a un perro, el cual mira pollos asados. Ahora estamos en el kiosco delante del metro. Aquí lo dejo, hasta luego...

(El anciano se alegra porque sintió que realmente estaba viendo todo lo que Amelie le habían descrito).

T: ¿Tú también tienes esos súper poderes? Quizá otro no lo habría notado...

P: Sí, yo también. ¡Quiero ver esa película!

T: Es bonita ¿Y viste que Amelie tenía cosas importantes que decir? Como en el punto N° 5... Tanto extrovertidos como introvertidos tenemos cosas interesantes que decir, desde describir una calle y comentar sobre el clima, hasta dar nuestra opinión o contestar una pregunta (así no esté 100% correcta)... Ahora, el punto N° 2 dice que las personas introvertidas están bastante atentas de sí mismas y que “piensan dos veces” antes de actuar. Esto también tiene ventajas y desventajas. Una ventaja sería que puedan escoger las palabras más adecuadas para expresar lo que quieran decir. Pero una desventaja de que estén *tan* atentos en sí mismos sería que puedan entorpecer. Para entender eso

quiero que pienses en un ciempiés: imagina que esté tan atento a cada paso que da mientras camina, ¿crees que podría hacerlo con naturalidad?

P: No (ríe) Se caería o caminaría muy lento.

T: Exacto. Y dime algo, ¿crees que es posible dejar de ser introvertidos?

P: No lo sé.

T: Cuando conversé con tu mamá, hablamos que la introversión es un temperamento con el que nosotros nacemos y que no se puede cambiar. Sin embargo, eso no significa que no podamos hacer las mismas cosas que una persona extrovertida. Podemos hacerlas e igual de bien. ¿O piensas que hay cosas que los introvertidos no puedan hacer?

P: Sí. Creo que es más difícil hablar en público.

T: Claro, quizá les sea un poco más *difícil*, pero ¿crees que sea *imposible* para ellos hacerlo?

P: No imposible, pero sí muy difícil.

T: ¿Has visto el *Chavo del Ocho*?

P: Sí.

T: El actor se llamaba Roberto Gómez Bolaños. Él en una entrevista dijo que siempre fue introvertido, que es introvertido y que cree que siempre va a seguir siendo así. Pero como sabes, eso no lo detuvo para ser un muy buen actor. Al igual que él, hay muchas otras personas que hacen muy bien su trabajo siendo introvertidos. Ellos no han dejado de ser introvertidos, sólo han *dominado* su temperamento. ¿Crees que para estas personas fue fácil lograr *dominar* su temperamento?

P: No. Creo que no.

T: Vamos a hacer de cuenta de que todos nacemos con tipo de “Caballo” que tenemos que aprender a domar, para poder cabalgar y así avanzar. El caballo de algunos tal vez sea tan rebelde que pareciera imposible montarse en él, pero de una vez que te subes cabalga o corre, y el caballo de otros quizá sea tan manso, que, si bien sí te puedes subir en él, finalmente no avanzas. Dominar se refiere, a que tenemos que hacer que ese caballo cabalgue sin que nos bote, y a la velocidad que deseamos... Como no se puede cambiar el temperamento, hay que dominarlo, y para dominarlo hay que ponernos en *modo difícil*.

P: Sí, en *modo muy difícil*...

T: Lo sé. Además, esto no sólo es importante para las personas que trabajan frente a un público, siempre vamos a estar interactuando con las personas y en algunas ocasiones también tener que hablar en público, por ejemplo, dar palabras de agradecimiento en tu cumpleaños. ¿Podrías darme más ejemplos?

P: Exponer en clases. Hablar en los Juegos Florales...

T: Exacto. Y mientras vamos creciendo, también nos enfrentaremos a más situaciones como realizar trabajos en equipo en la universidad, o participar en entrevistas para conseguir empleo ¿comprendes?

P: Sí. Pero el problema es que yo no expongo tan bien como los demás.

T: Eso es algo que requiere de práctica, al igual que cuando aprendemos a nadar. ¿O tú ya sabías nadar cuando naciste?

P: Pues no.

T: Exactamente. Tú también vas a adquirir esas habilidades y eso te dará más confianza ¿es eso lo que quieres?

P: Sí, quiero eso, y tener más amigas, pero creo que no las tengo porque no hablo mucho, me da vergüenza hablar con alguien que no conozco.

T: ¿No crees que si seguimos callándonos, podríamos estar perdiéndonos de una gran amistad? No digo que no sientas vergüenza, sino que a pesar de esa vergüenza nos atrevamos a comunicarnos.

P: M... no lo había visto así.

T: Recuerdo que cuando nos conocimos tú casi no me hablabas. Poco a poco fuiste hablándome cada vez más y siendo tú misma, ahora somos muy cercanas y nos tenemos aprecio y confianza. ¿Te imaginas que hubiese pasado si no me habrías hablado?

P: Creo que no hubiésemos sido amigas.

T: Exacto, como dice el punto N°3 del video, yo me hubiera perdido de una muy buena amiga. Y además no hubiésemos podido avanzar todo lo que conoces hasta ahora.

P: (sonríe) Sí, es cierto. Cuando conocí a Sofy, no me daba mucha confianza al principio, pero ahora ya somos mejores amigas.

Posteriormente se indica a la paciente, la tarea de participar en al menos 3 intervenciones orales durante la semana. Finalmente se conversa con la madre de la paciente, quien comenta que está de acuerdo con las metas académicas o profesionales de Lucía a largo plazo, por lo que en verano la inscribirá en cursos básicos de Diseño online mientras su hermano menor continúa en el deporte.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales para alcanzar una mayor efectividad interpersonal.
- Continuar brindando a la paciente habilidades cognoscitivas.

Técnicas:

- Discusión de creencias irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Ensayo conductual.
- Modelado.
- Retroalimentación.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión discutiendo los cambios en las cogniciones como consecuencia de la exposición a la situación ansiógena de participar en intervenciones orales:

Discusión de creencias irracionales:

P: Participé 4 veces en total.

T: ¡Bien! Una más de la que te pedí ¿Para dar tu opinión o para responder a preguntas?

P: Sólo para responder a preguntas. En la primera, la profesora de Comunicación estaba pidiendo que respondan a una pregunta de comprensión lectora, y como nadie respondía me pidió a mí que lo haga. Estaba nerviosa y primero no dije nada, pero como ella insistió una vez más, respondí. La respuesta no estaba exactamente bien, pero creo que el resto tampoco sabía porque no levantaron la mano. En la segunda, la profesora había pedido que respondan los que no participan mucho, y como yo sé que no participo mucho, lo hice.

T: ¿Cómo así lo hiciste? ¿Pensaste algo en ese momento?

P: Luego de la primera participación me sentí más tranquila, estaba preocupada porque sólo faltaban dos días para que acabe la semana y aún no había hecho ni una. Así que cuando lo hice pensé “bien, ahora sólo faltan dos más”. Es que si esperaba a que la profesora me lo pidiera entonces quizá no lo iba a lograr, así que decidí que yo misma iba a responder.

T: ¡Que inteligente! ¿Y cómo te fue?

P: El curso de Religión es fácil, así que la respuesta era correcta. Me sentía ansiosa porque los demás estaban mirándome, creo que porque casi nunca lo hago.

T: Pero aun así decidiste participar dos veces más... ¿Te gustó?

P: Sí me gustó que mi respuesta esté bien. Pero sigue sin gustarme que los demás me miren.

T: Claro. Está bien. Lo que pasa es que les ha llamado la atención que hagas algo que usualmente no haces. ¡Te felicito Lucía! Me alegra que lo hayas hecho así no te guste.

P: Primero no quería hacerlo, pero luego pensé en el *modo difícil* y solo lo hice.

T: Exacto. Mientras más te expones a una situación más rápido te adaptarás. Por ejemplo, si alguien de la selva viene a experimentar un invierno de Lima, seguro que la 1era vez va a sentir muchísimo frío, pero ¿qué crees que pasaría si viene a más inviernos?

P: Ya no sentiría tanto frío como la antes.

T: Exacto. ¿Y qué crees que pase con la ansiedad si cada vez nos exponemos más a esas situaciones?




P: ¿Va a ser menos?

T: Cuéntame cómo te fue a ti ¿la ansiedad fue bajando? Porque participaste una 4ta vez...

P: Sí bajó un poco, la cuarta vez ya me sentía menos ansiosa *durante* la participación.

A continuación, se explica los componentes y los tipos de comunicación para poder iniciar con el Entrenamiento en Habilidades Sociales:

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN		
NO VERBAL	PARALINGÜÍSTICO	VERBAL
Expresión facial. Mirada. Sonrisa. Postura. Orientación. Gestos Movimientos de manos y pies.	Volumen de voz Timbre de voz Fluidez verbal Latencia de respuesta y silencios. Tiempo del habla.	El contenido Preguntas (abiertas o cerradas) Respuestas (acordes a la pregunta).

ESTILOS DE COMUNICACIÓN		
PASIVO	AGRESIVO	ASERTIVO
 <p>No suelen hablar mucho. Evitan mirar a la cara mientras hablan. Creen que su opinión no interesa. Si no respetan sus derechos no reclaman. Les cuesta decir que no.</p>	 <p>Suelen hablar con volumen de voz elevado. No les gusta que den una opinión diferente a la de ellos. En ocasiones contestan con burla y minimizan la opinión de los otros.</p>	 <p>Dicen lo que piensan con sinceridad y con buenos modos. Escuchan a los demás. Comunican sus alegrías y dificultades. Defienden sus derechos. Saben decir no sin sentirse culpables.</p>

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Habilidad del día: Expresar una opinión personal.

Importancia: “Es el derecho de todo ser humano; tiene que ver con la libertad. Gracias a ello los demás estarán informados de tu forma de pensar, gustos, valores e identidad, y ya no solo lo asumirán”.

Procedimiento: Se muestra un video corto sobre una niña, que se convirtió en la profesora de yoga más joven de América a los 11 años de edad. Se interesó en dicha disciplina, a raíz de que su madre padeció de cáncer y pudo recuperar su estado anímico debido a sus prácticas; es por ello que la niña, dona el 100% de sus ganancias como profesora, a pacientes con cáncer. Se pide una opinión respecto al tema y el terapeuta realiza un modelado de cómo dar una opinión.

Instrucciones o Aleccionamiento:

Ser claro y firme, pero sin presionar a la otra persona a que esté de acuerdo con nuestra opinión.

Hay que decidir expresarse, sabiendo que a veces nuestras opiniones pueden enfadar a la otra persona (así lo digamos de manera asertiva); sin embargo, es poco frecuente.

Somos libres de opinar, pero también está en nuestro derecho no hacerlo si no es nuestra voluntad: “Preferiría no opinar porque...” o “Preferiría no dar mi opinión, gracias”.

1. Empezar diciendo: *Yo opino que, mi punto de vista es que, según yo, a mí parece que.*
2. Dar la opinión.

*En caso que se quiera dar una opinión diferente a la de alguien, comenzar diciendo: “Me parece un punto de vista importante, pero mi opinión es que...” “*Es bueno tener diferentes opiniones, pero la mía sigue siendo que...*” “*Es interesante lo que dices, pero...*”. Y luego dar la opinión.

Modelado realizado por el terapeuta: “Yo opino que esa niña es un ejemplo de que la edad es lo de menos cuando realmente quieres hacer lo que te gusta”.

Ensayo conductual N°1 realizado por la paciente: “A mí me parece que la niña es muy buena al darle su dinero a los pacientes con cáncer”.

Retroalimentación del terapeuta:

“Muy bien. Has dado tu propia opinión y no has repetido lo mismo que yo... Para expresar que estás de acuerdo con la opinión de alguien puedes decir: Estoy de acuerdo con lo que dices; a mí *además* me parece que la niña...”

Modelado del terapeuta con variación:

“A mí no me parece que los niños trabajen, a esa edad deberían divertirse”.

Ensayo conductual N° 2 realizado por la paciente:

“Es importante lo que dices, pero yo pienso que no es un trabajo porque se divierte”.

Retroalimentación del terapeuta:

“Muy bien. Ha sido un buen punto de vista, solo tenemos que elevar un poco más el volumen de tu voz y decirlo con más firmeza para que demuestres mayor seguridad”.

Finalmente se indica a la paciente que continúe practicando la nueva habilidad adquirida, y que aplique lo aprendido en el contexto escolar.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Continuar con el Entrenamiento en Habilidades Sociales para alcanzar una mayor efectividad interpersonal.
- Exponer a la paciente a las situaciones temidas a fin de poner a prueba las distorsiones cognitivas y aplicar las estrategias de afrontamiento adquiridas.
- Continuar brindando a la paciente habilidades cognoscitivas.
- Promover las mejoras en su desenvolvimiento social, dentro del contexto escolar, a través del reforzamiento de las aproximaciones sociales.

Técnicas:

- Discusión de creencias irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Ensayo conductual.
- Modelado.
- Retroalimentación.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión discutiendo los cambios en las cogniciones como consecuencia de la exposición a la situación ansiógena de expresar sus opiniones:

Discusión de creencias irracionales:

P: Di mi opinión 2 veces con la profesora y 1 vez con mis compañeras.

T: ¡Muy bien! Primero cuéntame qué era lo que pensabas y cómo te sentías en esos momentos...

P: Estaba más ansiosa con las profesoras que con mis compañeras, pero no tanto como antes porque ya sabía cómo hacerlo (8/10). Pero en ese momento pensé que tenía que hacerlo para acostumbrarme y solo lo hice (6/10), luego de eso me sentí tranquila (2/10), además, cuando vi que mis compañeros decían cosas incorrectas me sentí más tranquila porque a pesar de eso la profesora no les llamaba la atención (ríe)...

T: Muy bien, te acordaste que solo haciéndolo con más frecuencia la ansiedad iba a bajar al igual que el frío.

P: La otra fue con mi tutora, ella es muy buena y ahí fue más fácil porque sólo pedía que opinemos si queríamos llevar lonchera al paseo o comprar ahí. Yo dije que era mejor llevar lonchera porque podíamos hacer picnic...

T: Excelente. A mí me encantan los picnics.

P: Sí, pero al final decidieron que comeríamos ahí porque como está lloviendo el gras iba a estar mojado, y además porque algunos no llevan lonchera porque sus papás no tienen tiempo. Pero no importa.

T: Cierto, la idea es que finalmente se diviertan en el paseo. ¿Y cómo te fue con tus compañeras?

P: Maja quería que creemos un canal de YouTube juntas, me gustó la idea, pero no sabíamos que nombre ponerle. Ella decía unos nombres que no me gustaban, así que yo le dije que a mí me gustaba más "Historias de Gacha", y a ella también le gustó, menos mal.

T: ¿Y qué hubiese pasado si no dabas tu opinión?

P: Nuestro canal hubiese tenido un nombre feo y quizá no reciba visitas ni "likes" (ríe). Aunque lo hacemos más por diversión.

T: Entonces, en general, ¿sientes que tu ansiedad ha ido bajando al dar tu opinión?

P: Sí, no es tan malo.

A continuación, se realiza el Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Habilidad del día: Iniciar y mantener conversaciones.

Importancia: Brinda oportunidades para darse a conocer a sí mismo y otras personas. Ampliar el círculo de amistad, contextos y aprender de la experiencia y cultura de los demás.

Aleccionamiento (acompañado de modelado) para INICIAR una conversación:

T: Aquí lanzamos la caña...

1. Mirar a la persona a los ojos. No todo el tiempo, pero tampoco esconder la mirada.

2. Cuida el tono de voz. Trata que sea lo suficientemente elevado como para que te escuche esa persona en particular.
3. Saludar y presentarse. Generalmente saluda la persona que acaba de llegar: "Hola, ¿qué tal?, me llamo Alexia. ¿Cuál es tu nombre?... yo he venido aquí para... ¿a qué has venido tú?"
4. Comentar sobre algún tema en común a la situación: el clima, la tarea, qué útiles escolares traer, si el examen estuvo muy difícil o no.
5. Decir algo positivo sobre su aspecto: "Me gusta el color de tus lentes, ¿dónde te los has comprado?", "que bonito el case de tu celular". Eso también invita a ampliar la conversación porque se puede comentar el lugar en el que lo compró o compartir intereses en general.
6. Hacer una pregunta u observación casual sobre lo que la otra persona está haciendo. Por ejemplo: "Disculpa, veo que tienes un libro de Inglés, ¿estás yendo a un instituto?"
7. Pedir ayuda, consejo y opinión: "Hola, tu libro parece nuevo, ¿cómo haces para tenerlo tan bien cuidado?"
8. Ofrece tú alguna ayuda. Por ejemplo, "en la otra tienda hay cosas más variadas, tal vez allá tengan lo que necesitas".

Aleccionamiento (acompañado de modelado) para MANTENER una conversación:

T: Aquí utilizamos la caña para pescar.

1. Importante seguir manteniendo la mirada.
2. Mostrar gestos que indiquen que estoy interesada en lo que la otra persona dice: Asentir con la cabeza, decir algo que indique que escuchamos: "mmm...", "Ajá", "Ah ya", "Claro", "Sí", "Cierto", "Ahhh", "Ujum",
3. No interrumpir a la otra persona, deja que acabe de hablar antes de hacerlo tú. Espera a las pausas naturales de la conversación para continuar.
4. Tratar de no cambiar radicalmente de tema o advertir que lo harás: "mira, cambiando de tema, el otro día...".
5. Si notas que la persona se está aburriendo, cambiar de tema (punto 4) por otro que podría interesarle.
6. Evita dar respuestas cortas como "sí" o "no". Puedes dar más información dando un ejemplo o añadir una pregunta: "Yo también soy olvidadiza, el año pasado olvidé la mochila en el colegio", "Nunca me ha pasado ¿a ti sí?".

Nota: Es diferente conversar con un adulto que con alguien de tu edad. A un adulto debemos tratarlo de *usted*, a menos que él nos pida que lo tuteemos.

Situación: No nos conocemos. Acabas de llegar a tu cita un poco tarde y no sabes si ya te han llamado. Me ves sentada en la banca y quieres preguntarme si he escuchado tu nombre.

Ensayo conductual N° 1 para INICIAR UNA CONVERSACIÓN:

P: Hola, disculpa, ¿sabes si me han llamado?

T: No estoy segura. ¿Cuál es tu nombre?

P: Lucía.

T: Sí Lucía, te llamaron hace 10 minutos más o menos.

P: Gracias.

Retroalimentación del terapeuta:

T: “Lo has hecho muy bien. Creo que casi no tienes problemas para iniciar una conversación. Sólo recuerda que supuestamente no me conoces y soy un adulto, por lo tanto, tienes que tratarme de *usted*. P. ej.: “Disculpe, ¿sabe si me han llamado?”.

Ensayo conductual N° 2 para MANTENER UNA CONVERSACIÓN:

P: Hola, disculpe ¿sabe si me han llamado?

T: ¿Cuál es tu nombre?

P: Lucía.

T: Lucía mucho gusto. Creo que no te han llamado porque no he escuchado tu nombre.

P: Gracias (silencio).

T: ¿Tenías una cita con el psicólogo?

P: (Silencio) sí, una psicóloga (silencio).

Retroalimentación del terapeuta:

T: “Muy bien, me trataste de *usted* y no has dado respuestas tan cortas. Pero lo que sí hay que acortar un poco es el tiempo que demoras en responder. También quiero que vayas pensando en algún tema de conversación para que tú también me hagas preguntas.

Ensayo conductual N° 3 para MANTENER UNA CONVERSACIÓN:

P: Hola, me llamo Lucía ¿sabe si me han llamado?

T: Mucho gusto Lucía... Creo que no te han llamado porque yo he llegado hace media hora y no he escuchado tu nombre.

P: Gracias (silencio) es que se me hizo tarde.

T: A veces pasa, pero tranquila ahora te vuelven a llamar.

P: ¿Usted también ha llegado tarde otras veces?

T: Sí, soy muy tardona en realidad. Una vez llegué media hora tarde y pensé que ya no me iban atender, pero menos mal el doctor comprendió y me dejó pasar. Creo que es la primera vez que llego temprano. No sigas mi ejemplo.

P: (ríe) Está bien. ¿Solo debo esperar?

T: Sí, puedes esperar, pero es mejor si te acercas a la señorita de blanco y le avisas que ya llegaste.

P: Gracias.

Retroalimentación del terapeuta:

T: “Perfecto. Has dado respuestas más rápidas y has hecho más preguntas para mantener la conversación. Solo podríamos añadir una despedida al final como: Gracias, hasta luego; o mucho gusto, hasta luego. Cada vez que te presentan a alguien o quieres continuar

conversando puedes utilizar tus súper poderes para observar a esa persona y preparar mentalmente la pregunta que le vas a decir, justo como ahora”.

Finalmente se le brinda a la paciente, un resumen escrito de la sesión y se le indica que practique la habilidad adquirida (inicialmente en contextos que le sean familiares). Asimismo, se le solicita al padre de familia que coordine con la tutora de la institución educativa para que los docentes refuercen las conductas de aproximación social de la paciente, a través de reforzadores sociales como aplausos de sus compañeros y/o felicitaciones públicas o personales.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Continuar con el Entrenamiento en Habilidades Sociales para alcanzar una mayor efectividad interpersonal.
- Exponer a la paciente a las situaciones temidas a fin de poner a prueba las distorsiones cognitivas y aplicar las estrategias de afrontamiento adquiridas.
- Continuar brindando a la paciente habilidades cognoscitivas.
- Promover las mejoras en su desenvolvimiento social, dentro del contexto escolar, a través del reforzamiento de las aproximaciones sociales.

Técnicas:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales.
- Exposición simulada.
- Modelado.
- Retroalimentación.
- Discusión de creencias irracionales.

Descripción de la sesión:

Se expone a la paciente a la aplicación de las habilidades adquiridas con personas desconocidas (coterapeuta T2):

T: Cómo estás Lucía. El día de hoy vas a conocer a una compañera. Con ella vas a poner en práctica lo que hemos ensayado estos días: iniciar y mantener una conversación, y dar tu opinión.

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Aleccionamiento (repaso):

“Lo más probable es que ella te salude porque es ella quien llega”.

“No olvides la mirada y el tono de voz”.

“Trata de observarla para que sepas qué temas puedes preguntar”.

“Recuerda que es importante brindar respuestas amplias y esperar tu turno para poder hablar”.

Exposición simulada para INICIAR Y MANTENER UNA CONVERSACIÓN:

T2: Hola Ale, hola... (Saludo en la mejilla)

T: Hola Alejandra, te presento a Lucía. Lucía, ella es Alejandra. Es mi compañera aquí en el hospital.

P: Hola (sonríe con timidez), mucho gusto.

T2: ¡Mucho gusto también! Cuéntame un poquito de ti ¿cuántos años tienes?

P: 9 años, pero este año cumplo 10 en diciembre.

T2: Muy bien. ¿Entonces ya estás en 5to grado?

P: No, aún estoy en 4to. Me gusta su cuaderno.

T2: Es una agenda, ¿quieres verla?

P: (volta a ver al terapeuta y luego asiente con la cabeza)

T: Ábrela Lucía. Por dentro es más bonita todavía, Alejandra tiene una decoración nueva para cada mes.

P: ¿Usted las pintas?

T2: Sí. Yo las pinto. Puedes decirme Alejandra (sonríe).

P: (silencio) Ya.

T2: ¿A ti también te gusta pintar?

P: Sí. Taller de Arte es mi curso favorito (sonríe).

T2: Entonces tienes que seguir pintando.

P: Está bien.

Retroalimentación del coterapeuta:

T2: “Lucía, creo que lo has hecho muy bien. Al inicio no te escuchaba mucho pero luego alzaste un poco más la voz y pude darme cuenta de que tienes un timbre armonioso. Por un momento te quedaste callada y miraste a Alexia como que ella te indique si puedes recibir la agenda o no. ¿Tuviste vergüenza de decir que sí?”

P: Sí.

T2: No te preocupes, si alguien te está invitando a que veas sus cosas puedes aceptar, porque para la otra persona eso es una forma de expresar, que te está teniendo confianza, y si tú no dices nada, daría la impresión de que tú sí estás desconfiando cuando en realidad sientes vergüenza. En general lo has hecho muy bien. Te felicito.

Retroalimentación del terapeuta y discusión:

T: Muy bien Lucía. Alejandra tiene razón, esa vergüenza se puede interpretar como desconfianza ¿Cómo te sentiste o qué pensaste cuando volteaste a mirarme y yo no respondía a tu mirada?

P: Me sentía ansiosa pero solo dije que sí porque sí quería ver la agenda.

T: Y lo hiciste muy bien tú sola. ¿Aún crees que necesitas que alguien más hable por ti?

P: No.

Exposición simulada para DAR UNA OPINIÓN:

Se muestra un video de 1 minuto, que ilustra cómo un arquitecto diseña y construye casas elaboradas con materiales reciclables como botellas, latas o llantas en un 50%. Estos materiales, además de ser sostenibles cumplen funciones importantes como retener el agua de la lluvia para volver a utilizarla, absorber la luz del sol, entre otras.

T2: Lucía ¿te gustó el video?

P: Sí. Me gustó cómo colocó las botellas de colores para que den luz. Se veía muy bonito.

T2: A mí no me convence mucho porque pienso que esas casas no son muy resistentes. ¿Qué pasa si las latas no resisten?

T: Es que solo es el 50%, el resto ya contiene cemento, madera y otros materiales. ¿Tú qué opinas Lucía?

P: ... A mí me parece que sí son fuertes. Además, ya no contaminamos el planeta porque estamos reciclando.

T: ¿Vivirías en una casa así?

P: Sí, es muy bonita.

Retroalimentación:

T: Muy bien Lucía. No hay problema si te tomas tu tiempo para pensar en lo que dirás, lo importante es que dar tu opinión y eso es lo que hiciste.

T2: Además añadiste lo del reciclaje, que creo que era lo más importante de todo el video.

T: Si te das cuenta, las opiniones son tan variadas como los gustos. No es cuestión de quien tenga la razón. ¿Cómo te sentiste?

P: Ya menos ansiosa porque he vuelto a participar en mi salón. Además, me gustó mucho el video porque tenía que ver con las casas, yo sé de eso así que fue más fácil.

T: Es verdad, mientras más interesante sea el tema o ya conozcamos de él, más fácil será porque podemos basarnos en algo para opinar...

Se indica a la paciente que continúe practicando las habilidades adquiridas (exposición en vivo). Y a continuación se procede a discutir las creencias irracionales:

Discusión de creencias irracionales:

T: En un inicio me dijiste que a veces te da miedo de que un adulto pueda llamarte la atención o criticarte, Alejandra es un adulto ¿pensaste que quizá podía llamarte la atención o recriminarte por dar una opinión diferente a la de ella?

P: Creo que no porque solo era mi opinión.

T: ¿Y en qué situaciones sí crees que un adulto podría tratarte de manera agresiva? Cuando digo agresiva me refiero a levantarte la voz o a no tomar en cuenta tu punto de vista, como vimos en los estilos de comunicación.

P: Me da miedo que me riñan por hacer algo malo como no hacer la tarea, olvidarte de algo o llegar tarde. Tampoco me gusta que me digan que no.

T: Creo que varias de esas situaciones tienen que ver con estar en falta o haber cometido un error (llegar tarde, olvidarse de algo o no hacer la tarea). Cuando pasa eso ¿además de vergüenza sientes culpa?

P: Sí, casi siempre sí.

T: La culpa es buena siempre y cuando nos ayude a darnos cuenta de nuestros errores, pero si luego nos limita a hacer cosas, se puede convertir en tu enemiga al igual que la ansiedad (Yo: -/Tú: +)... Siempre hay que tener en cuenta que no existe la persona perfecta, parte de ser humano es cometer errores, pero lo más importante es asumirlos. Por ejemplo, si he llegado tarde y estoy en falta, y tengo que decirle al de seguridad que me deje pasar ¿qué pensamiento podrías tener para que a pesar de la culpa te atrevas a decirle que te deje pasar?

P: Que cometo errores porque soy humana, sino sería un extraterrestre o un robot (ríe). O que podría darme una oportunidad.

T: Muy bien. Es buenísimo que hagas bromas de la situación. ¿Eso te ayudaría a sentirte menos culpable?

P: Sí. Pero igual pienso que podrían gritarme o decirme que no y eso sí me haría sentir triste y molesta ¿cómo se llamaba esa emoción?

T: Frustración...Tienes razón, a nadie le gusta que le griten. Pero es que nosotros no podemos controlar la forma en la que el resto nos habla. ¿Hay una gran posibilidad de que una persona te hable mal? Sí. ¿Por qué? Por muchos motivos, por ejemplo, que no le hayan enseñado a manejar su enojo o a cómo comunicarse de manera asertiva ¿qué más?

P: Quizá han tenido un mal día, no han comido o alguien más les ha gritado.

T: Sí, hay muchos motivos. Yo no voy a prometerte que todas las situaciones que afrontes van a ser agradables. Sí es posible que te llamen la atención o te digan “no”. Pero la idea es estar preparada a que posiblemente sí haya un malestar ¿entiendes?

P: Qué difícil (lamenta).

T: Son situaciones que nos van a pasar, no todo saldrá como queramos en ese momento, por eso es importante *aceptar* la situación tal y como es. Hay ocasiones en las que a veces ni siquiera hemos cometido un error y las cosas aun así no salen como queremos, ¿eso no nos gusta no? Pensamos “¡qué injusto!” ¿Te ha pasado?

P: Sí, bastante.

T: Pero no crees que más injusto sería que, porque te dijeron “no” o te trataron mal, ¿tú dejes de intentar o de reclamar tus derechos? Yo creo que eso sí sería ser injusta contigo misma ¿no crees?

P: Sí, sería injusto.

Finalmente se conversa con el padre de familia para indagar en el reforzamiento de las aproximaciones sociales:

T: Doctora, la tutora me comentó que hizo leer a los alumnos en voz alta, indicando que al finalizar sólo iban a aplaudir los alumnos que escucharan todo el texto (para que él que leyera, se diera cuenta si está hablando fuerte o no). Cuando Lucía leyó la primera vez, sólo aplaudió la mitad del salón y algunos de la tercera fila, así que la profesora le hizo leer otra vez, y a la tercera ya todo el salón le había aplaudido. También la felicitó delante de sus compañeros, diciéndole que lo había hecho muy bien y que siga así. Lucía luego me contó lo mismo y se le notaba contenta.

T: Muy bien, hay que continuar con eso. Además, es importante que en casa ya no respondan más por ella y felicitarla cada vez que vea que logra desenvolverse por sí misma.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Continuar con el Entrenamiento en Habilidades Sociales para alcanzar una mayor efectividad interpersonal.
- Continuar exponiendo a la paciente a las situaciones temidas.
- Continuar brindando a la paciente habilidades cognoscitivas.

Técnicas:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Exposición simulada.
- Aleccionamiento.
- Modelado.
- Exposición en vivo.
- Retroalimentación.
- Discusión de creencias irracionales.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión entrenando a la paciente en habilidades sociales, posteriormente se la expone a hablar con personas de autoridad para que aplique la habilidad adquirida:

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Habilidad: Hacer peticiones asertivas.

Importancia de la habilidad: Poder conseguir lo que deseamos. Reconocer nuestros derechos.

Aleccionamiento:

Incluye pedir favores, pedir ayuda o pedir a los demás que cambien su conducta.

Hacerlas sólo cuando es necesario y no todo el tiempo.

Pedir no es lo mismo que exigir, sino violamos los derechos de los demás.

Hay que ser claros con lo que expresamos, pero en caso de que la persona no haya entendido la petición, podemos volver a repetirla una o más veces.

Recibir un favor no me hace estar obligada a devolverlo.

Recomendaciones:

- a) Ser directo.
- b) No es necesario dar justificaciones, aunque las explicaciones ayudan.
- c) No es necesario ninguna disculpa.
- d) No tomar una negativa de modo personal.
- e) Hay que estar preparado para oír tanto un “no” como un “sí”.

Modelado realizado por el terapeuta:

Situación: Estoy en un bus lleno de gente en un día soleado, por lo que hace bastante calor. Noto que la ventana está cerrada y quiero pedirle a la persona adelante de mí que abra la ventana para que el lugar se ventile.

T: Hola, ¿podría abrir la ventana un poco para que entre más aire?

(Si en caso la persona accede, se agradece, si en caso dice “no” o “no podría”, no tomar esto como personal, ni insistir. Finalmente, el bus es un espacio público también tiene el derecho de mantener la ventana cerrada).

Exposición simulada Nº 1 realizado por la paciente:

P: ¿Hola podría abrir la ventana?

T: ¿Disculpe? ¿Qué? Estoy con audífonos.

P: Que si podría abrir la ventana porque hace calor.

T: Ah... No. No puedo, estoy resfriada y me va a hacer daño el aire.

P: (silencio)

Retroalimentación:

T: Cuando aclaras la petición trata de elevar aún más la voz. También procura hablar a un ritmo más veloz, hacerlo con varias pausas da la impresión de que dudas de lo que vas a decir. Finalmente, cuando la persona ya te dice que “no” puedes terminar la conversación diciendo “Ok, igualmente gracias”.

Exposición simulada Nº 2

P: ¿Hola, podría abrir la ventana?

T: ¿Qué? No te entiendo, habla fuerte niña (tono de voz elevado y facies de molestia)

P: (silencio) Que si puede abrir la ventana, hace calor.

T: No. Esas ventanas son duras, no puedo.

P: Bueno, gracias.

Retroalimentación y discusión:

T: Lo has hecho muy bien. Me has mirado a los ojos y a pesar de que te hablé con un tono de voz fuerte tú también elevaste un poco más la voz. ¿Cómo te sentiste?

P: Me asusté un poco. Es que es la primera vez que te veo “molesta”.

T: Lo siento. Es que tengo que imitar a las personas reaccionando de manera agresiva (cualquiera que sea el motivo) porque a veces nos tratan así y trato de mantenerte preparada. ¿Qué piensas de que te haya dicho que no?

P: No me gustó, pero ya sabía que podía pasar, sobre todo porque ya me habías respondido molesta la primera vez.

T: Bien, entonces este fue un ejemplo de cuando las cosas no resultan como queremos; sin embargo, tenías que intentarlo ¿no? ¿O es justo que te quedes callada?

P: No, no sería justo.

Exposición en vivo para HACER PETICIONES:

T: La tarea es la siguiente, le pedirás a la señora vestida de blanco (personal de admisión del Servicio Psicológico) que te preste los servicios higiénicos de este piso. Si la señora te pide explicaciones está en su derecho porque ella trabaja aquí y puede autorizarte como no. Podrías responderle el motivo que tú creas conveniente, pero la razón principal sería que es más rápido para que luego regreses a consulta conmigo. Yo estaré cerca de ti.

P: Disculpa, ¿podría usar su baño?

Personal: Un momento... Ahora sí dime, no te escuché.

P: ¿Podría usar su baño? Es que tengo que regresar donde mi psicóloga.

Personal: Ah ya, estás en tu cita. Bueno, este baño sólo es para las personas que trabajamos aquí, pero para que no te demores en tu cita te voy a dejar pasar ¿está bien?

P: Ya. Gracias.

Retroalimentación y discusión:

T: ¿Cómo te fue?

P: Muy bien. Primero pensé que estaba molesta, pero creo que en realidad sólo estaba ocupada. Al final me dijo que sí y hasta me dio PH por si no tenía.

T: Qué bueno. ¿Y cómo te sientes ahora?

P: Tranquila y un poco feliz (sonríe).

T: Feliz por qué ¿Por qué lo intentaste?

P Sí.

T: En verdad ella pudo haberte dicho que “no”. Pero finalmente salió mejor de que esperábamos ¿no?

P: Sí, fue mejor que incluso contigo con lo de la ventana (ríe).

T: Lo has hecho muy bien. Al parecer la ansiedad se va convirtiendo en tu amiga poco a poco. ¿Qué pasaba por tu mente antes de hacerlo?

P: Me decía: “hazlo, tú puedes”.

T: Claro que puedes, sobre todo ahora que estás preparada.

Se entrega a la paciente el resumen de la sesión y se le indica que practique la nueva habilidad en diferentes contextos (exposición en vivo).

Conclusión:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Continuar el Entrenamiento en Habilidades Sociales de la paciente para para mejorar su competencia social en situaciones públicas.
- Continuar brindando a la paciente habilidades cognoscitivas.

Técnicas:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Modelado.
- Ensayos conductuales.
- Retroalimentación.
- Respiración Diafragmática o Profunda.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión explicando a la paciente la importancia de hablar en público. Para poder mejorar y potenciar los aspectos paralingüísticos se le enseña ejercicios mostrados a continuación:

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Habilidad del día: Hablar en público.

Importancia: Probablemente haya por lo menos un contexto de tu vida donde tengas que hablar a un público. Hacerlo te brinda la oportunidad de que muchas personas puedan conectarse con tus ideas o conocimientos. Hacerlo de manera adecuada hace que la gente que te escucha, sienta que es importante para ti, y aumenta la confianza en nosotros mismos, pues es una cualidad que nos abre las puertas a nuevas posibilidades.

Ejercicios:

1. Respiración profunda: Para hablar por más tiempo sin que nos falte el aire.
2. Vocalización: Para desarrollar un tono y timbre de voz más a menos, tener mayor variedad vocal y proyectar mejor tu voz.

Inhala por varios segundos y mientras dejas fluir el aire lentamente vas pronunciando las vocales en voz alta y con diferentes timbres de voz (natural, grave y aguda): “aaa, eee, iiiii, ooo, uuu”.

3. Pronunciar trabalenguas: Para desarrollar agilidad al expresar las palabras. Ayuda a evitar el titubeo.

Ensayo conductual del paciente y modelado del terapeuta:

- 1: Se realiza 3 series de respiraciones profundas.
- 2: Se practica los ejercicios de vocalización: 5 veces por cada timbre de voz (natural, grave y agudo).

Retroalimentación:

T: “Muy bien. Ya sabes que tu timbre de voz es armonioso, solo hay que elevar aún más el volumen de tu voz. No hay que esforzar la garganta porque la voz debe venir de la parte del abdomen”.

- 3: Se repite 5 veces por cada trabalenguas:

Para practicar el fonema de la “p”:

Pepe Pecas pica papas con un pico,
Con un pico pica papas Pepe Pecas,
Si Pepe Pecas pica papas con un pico,
¿Dónde está el pico con que Pepe Pecas pica papas?

Para practicar las trabadas:

Treinta y tres tramos de troncos,
trozaron tres tristes trozadores de troncos,
y triplicaron su trabajo,
triplicando su trabajo de trozar troncos.

Había una madre godable, pericotable y tantarantable que tenía un hijo godijo, pericotijo y tantarantijo. Un día la madre godable, pericotable y tantarantable le dijo a su hijo godijo, pericotijo y tantarantijo: - Hijo godijo, pericotijo y tantarantijo, tráeme la liebre godiebre, pericotiebre y tantarantiebre del monte godonte, pericotonte y tantarantonte. Así el hijo godijo, pericotijo y tantarantijo fue al monte godonte, pericotonte y tantarantonte a traer la liebre godiebre, pericotiebre y tantarantiebre.

Retroalimentación:

T: “En los signos de puntuación aprovecha en tomar aire, para que puedas hacerlo más rápido y sin cansarte. También hay que darle entonación en los signos de interrogación”.

Se indica a la paciente, que practique los ejercicios brindados 10 veces al día y durante toda la semana. Asimismo, se hace una fase educativa de los componentes paralingüísticos, verbales y no verbales al momento de hablar en público:

Componentes paralingüísticos	Componentes no verbales	Componentes verbales
<ul style="list-style-type: none"> -Pronunciar de manera clara. -No es necesario hablar todo el tiempo con un volumen de voz elevado, sino ya no se distingue qué aspecto en particular es importante. -Entonar los signos de interrogación y exclamación para que el discurso no sea monótono. 	<p>Tu cuerpo comunica en un 51%:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Postura erguida que denote seguridad. -Orientación siempre hacia la audiencia, no dar la espalda. -Mirar al público: a veces hacia el centro de la multitud y en ocasiones podemos mirar a las personas directamente a los ojos. -Sonreír al presentarte o al dar mensajes alegres. -Emplear un gesto hace que la palabra tenga 3 veces más potencia. Estos pueden ser faciales o corporales, tienen que ser acorde al mensaje y a la emoción que quieres expresar. Solo hay que tener cuidado de no emplearlos todo el tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Utiliza un lenguaje sencillo para expresar tus ideas. -El contenido debe ser coherente.

ASPECTOS GENERALES

Utilizar vestimenta acorde a la ocasión.
 Dar una estructura a tu presentación: inicio, desarrollo y cierre.
 Utilizar diapositivas sencillas, confiables y que llamen la atención visualmente.
 Se original, no se trata de imitar exactamente a otra persona sino de construir tu propio estilo.

ASPECTOS COGNITIVOS

El público no necesita que lo hagas perfectamente, necesita verte disfrutando de la experiencia y dando lo mejor de ti.
 Solo necesitas visualizarte viviendo el rol del actor adecuado en el momento adecuado, sin dejar de ser quien tú eres en realidad.

Finalmente se entrega a la paciente un resumen escrito de la sesión y un texto expositivo breve dejándole como tarea que lo memorice para la siguiente sesión:

EL MIEDO

Buenos días. Mi nombre es Lucía y hoy voy a compartir con ustedes un tema muy importante.

Para empezar, por favor la mano las personas que alguna vez han sentido miedo, vergüenza, ansiedad o estrés.

Y los que no lo han experimentado ¿conocen a algún amigo o familiar que sí?

El miedo es una emoción que todos hemos sentido en algún momento, y es igual de importante y necesaria como la alegría, la tristeza o el enojo.

Nos permite tener cuidado y a protegernos ante situaciones de riesgo; por ejemplo, nos ayuda a buscar una zona segura ante un temblor, si no experimentáramos miedo probablemente nos quedaríamos en el mismo lugar y estaríamos en peligro. Cuando esto sucede, decimos que el miedo es nuestro amigo...

Sin embargo, cuando el miedo nos hace sentir que es más grande y fuerte que nosotros, en lugar de sernos útil, se convierte en nuestro enemigo; y como en el ejemplo del temblor, quizá empezaríamos a aplastar a los demás y finalmente hacernos más daño.

Es importante saber que nosotros podemos superar nuestros miedos, y que podemos pedir ayuda si es que se nos hace muy difícil.

Por que como decía un actor muy famoso: “El verdadero súper héroe no es aquel que no le tiene miedo a nada, sino el que, a pesar de tener todos esos temores, se atreve a enfrentarlos y los reconoce con humildad”.

Gracias.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Continuar el Entrenamiento en Habilidades Sociales de la paciente para para mejorar su competencia social en situaciones públicas.
- Continuar brindando a la paciente habilidades cognoscitivas.

Técnicas:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales
- Modelado.
- Ensayos conductuales.
- Retroalimentación.

Descripción de la sesión:

Se inicia la sesión entrenando a la paciente en habilidades para hablar en público empleando como material el texto brindado en la sesión anterior:

EL MIEDO.

Buenos días. *(Sonrisa)* | Mi nombre es Lucía | y hoy voy a compartir con ustedes un tema muy importante. |

Para empezar, *(levanta la mano)* levanten la mano las personas que alguna vez han sentido miedo, | vergüenza, | ansiedad | o estrés. *(Baja la mano)*

Y los que no lo han experimentado | ¿conocen a algún amigo o familiar que sí?

El **miedo** es una emoción que **todos** hemos sentido en algún momento, y es igual de importante y necesario como la alegría, | la tristeza | o el enojo. |

Nos permite tener cuidado y a protegernos ante situaciones de riesgo; por ejemplo, nos ayuda a buscar una zona segura ante un temblor *(manos en la cabeza en ademán de protección)*, | si no experimentáramos miedo probablemente nos quedaríamos en el mismo lugar y estaríamos en peligro. | Cuando esto sucede, decimos que el miedo es nuestro amigo... |

Sin embargo, | cuando el miedo nos hace sentir que es más **grande** y **fuerte que nosotros** *(una mano indicando hacia arriba y la otra hacia abajo en señal de desventaja)*, | en lugar

de sernos útil, se convierte en nuestro enemigo; y como en el ejemplo del temblor, quizá empezaríamos a aplastar a los demás (*además de correr y empujar a la gente*) y finalmente hacernos más daño.

Es importante saber que nosotros podemos **superar nuestros miedos**, y que **podemos** pedir ayuda si es que se nos hace muy difícil. |

Por que como decía un actor muy famoso: | “El verdadero súper héroe no es aquel que no le tiene miedo a nada, sino el que, **a pesar de tener todos esos temores**, se atreve a enfrentarlos y los reconoce con humildad”.

Gracias. (*Sonrisa*)

Entrenamiento en Habilidades Sociales:

Aleccionamiento:

“|” Pausas; (*Gestos corporales*); **Mayor énfasis**.

Modelado simbólico:

Se muestran 3 videos: 2 exposiciones realizadas por niños y una por un adulto. Se le indica a la paciente qué aspectos rescatar de cada uno.

Respiraciones profundas: Se le pide a la paciente que se visualice a si misma realizando dichas conductas mientras realiza 3 series de respiraciones profundas.

Ensayos conductuales realizados por la paciente:

1er ensayo: la paciente solo expone el texto respetando las pausas indicadas.

2do ensayo: se le indica además que enfatice las palabras señaladas.

3er ensayo: finalmente se le pide que añada los gestos indicados.

Retroalimentación y modelado del terapeuta:

T: “Muy bien. Trata de imaginar que hay una audiencia para que puedas dirigir tu mirada allí”. “Hay que tener cuidado con los movimientos de nuestro cuerpo, si continúas girando de un lado a otro puedes marear al público”. “Los momentos en los que no empleas gestos, trata de hacer ademanes sutiles con tus manos para que no las estés frotando, recuerda que esa es una conducta que denota temor”.

Ensayos conductuales realizados por la paciente:

La paciente expone el tema con una adecuada dicción. También disminuye las conductas de seguridad de frotamiento de manos; sin embargo, continúa desviando la mirada las veces que no recuerda su texto. Asimismo, emplea los gestos con poca naturalidad.

Modelado del terapeuta:

El terapeuta imita las conductas de seguridad de la paciente para que las identifique con mayor notoriedad.

Retroalimentación y discusión:

T: Te felicito porque has mejorado el volumen de tu voz y ya casi no te frotas las manos. Tu entonación está perfecta, y creo que hasta ahora no he visto que te trabes al hablar.

P: Es que me trabo cuando no me acuerdo muy bien, pero creo que los trabalenguas también me ayudaron.

T: En realidad a cualquiera puede pasarle eso... ¿Sentiste que lo hiciste bien?

P: No lo sé, es que no me lo aprendí muy bien.

T: ¿Y crees que preparándote más lo harías mejor?

P: Sí, creo que sí.

T: Muy bien, todavía tienes hasta la otra semana para seguir practicando. Yo por mi parte creo que ya casi está. Lo que sí tenemos que mejorar son nuestros gestos, para que éstos luzcan naturales deben darse al mismo tiempo que las palabras y no antes o después, recuerda que su función es multiplicar el poder de la palabra... Finalmente voy a pedirte que practiques tus gestos mirándote al espejo, practica todas las veces que veas necesario para que quede como tú deseas, y luego de eso, ya lo haces frente a tu familia.

P: Sí, ahora que estoy de vacaciones sí puedo hacerlo.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Finalizar con el Entrenamiento en Habilidades Sociales para alcanzar una mayor competencia social en situaciones públicas.
- Finalizar con la exposición de la paciente a las situaciones temidas.
- Finalizar con la reestructuración cognitiva.

Técnicas:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Ensayo Conductual.
- Retroalimentación.
- Exposición simulada.
- Discusión de creencias irracionales.
- Columnas paralelas

Descripción de la sesión:

Se vuelve a realizar ensayos conductuales a fin de terminar de moldear las conductas de la paciente. Posteriormente se la expone a aplicar la habilidad adquirida frente a un público reducido de 4 personas. La sesión se desarrolló de la siguiente manera:

T: ¿Cómo estás Lucía? ¿Terminaste de memorizarte el texto?

P: Sí, se lo mostré a mi mamá. También hice mis gestos en el espejo y creo que ahora lo hago mucho mejor.

T: Muy bien. Vamos a ver cómo lo haces y terminaremos de pulir algunos detalles.

Entrenamiento en habilidades sociales:

Habilidad: Hablar en público.

Ensayo conductual realizado por la paciente.

La paciente expone con una adecuada dicción, emplea los gestos con naturalidad y ya no se frota las manos; sin embargo, en ocasiones continúa girando el cuerpo.

Retroalimentación del terapeuta:

T: "¡Bien! Realmente hemos mejorado muchísimo. Solo trata de ya no girar tanto el cuerpo..."

T: Muy bien Lucía, ahora vas a exponer frente a 4 compañeros ¿Hay algún problema con eso?

P: ¿Tengo que hacerlo? Es que me da vergüenza que me miren. (Lamenta)

T: ¿Recuerdas lo que hablamos respecto al público? A ellos no les importa si lo haces perfectamente, no es un concurso; lo que sí están interesados en ver es que tengas la mejor actitud y des un buen mensaje y eso ya lo haces muy bien. Este es un ambiente donde está permitido equivocarse, ellos te ayudarán como lo hizo Alejandra ese día... ¿Entonces lo harás?

P: Está bien.

----- (Se practican 3 series de Respiraciones Profundas mientras se pide a la paciente que se visualice a sí misma exponiendo frente a un público) -----

Exposición simulada:

Se presenta a la paciente a los coterapeutas (T2, T3, T4 y T5), y se la anima a iniciar con la exposición con aplausos de bienvenida.

Retroalimentación de los coterapeutas:

T: ¡Muy bien Lucía! Vamos a escuchar qué opinan mis compañeros de la exposición...

T2: A mí me gustó mucho que nos hayas sonreído. El tema era bastante positivo y me parece que lo interpretaste como se debía.

T3: Yo creo que ha estado excelente. Hubo un momento en que parecía que estabas tratando de acordarte de algo, pero rápidamente seguiste, tranquila que eso se logra con la práctica.

T4: Mi compañero tiene razón, si así lo haces siendo muy joven, no me imagino lo bien que lo harás más adelante cuando sigas practicando. Creo que yo a tu edad me olvidaba a cada rato y ni gestos usaba (ríe).

T5: Lo que más me gustó fue tu voz, cuando entonas algo con fuerza parece que estuvieras cantando. No dudes en hacerte escuchar.

T: Bien Lucía, ¿Valió la pena esforzarte y atreverte a hablar frente a un público?

P: ¡Sí, me gustó mucho! Primero no quería hacerlo porque estaba ansiosa, pero luego pensé: ¿por qué las cosas saldrían mal si me he preparado bastante? Además pensé en lo que me dijiste que ellos me iban a ayudar como Alejandra... Ahora estoy feliz de que me haya salido bien.

T: Las cosas han salido bien porque tú tienes tanto control sobre tu propia conducta como de tu respiración. Si quieres que las cosas salgan bien así va a ser, solo debes prepararte. Has mejorado muchísimo. Aplicaste lo que decía el texto: “no se trata de no tener miedo, sino de enfrentarlo y ser humilde”...

Finalmente se procede a elaborar las Columnas Paralelas junto con la paciente:

SITUACION	PENSAMIENTO	EMOCION	CONDUCTA
Cuando me presentan a alguien.	“Soy introvertida, pero eso no es un impedimento para conocer gente” “Todavía tengo un poco de miedo de saludar a las personas, pero si no lo intento quizá me esté perdiendo de una buena amiga”	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia.	“La saludo, y si quiero seguir hablando le haré preguntas, pero sino, entonces me despediré”.
Cuando tengo que hablar con una figura de	“Puede que quizá no me traten bien pero eso no significa que no tenga el	Ansiedad (2/10) Taquicardia, ruborización.	“Me acerco a pedir lo que deseo, si me dicen que no al menos lo

autoridad.	derecho a expresarme”		intenté, y si me gritan, seguro han tenido un mal día”
Cuando la profesora pide intervenciones orales de conocimiento o dar mi opinión.	“Yo puedo dar mi opinión sobre un tema así algunos no les guste o no opinen lo mismo”	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia.	“Quizá me demore en participar pero no tiene que ser perfecto, es solo mi opinión”.
Cuando me piden que lea en voz alta frente a mis compañeros.	“Todavía me pone ansiosa que todos me vean mientras leo, pero quizá no se estén fijando tanto en qué tan mal lo hago”.	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia, respiración agitada, ruborización.	“Leo fuerte para que todos me escuchen”
Cuando me dicen que tengo que exponer o hablar en público.	“No me gusta exponer, pero quejándome no consigo nada” “Solo tengo que prepararme y hacer que el público me entienda”	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia, respiración agitada, tensión muscular.	“Me preparo para la exposición”. “Quizá siga preocupándome pero igual seguiré preparándome”
Durante una exposición.	“Solo tengo que recordar todo lo que ensayé”. “Me he preparado así que lo estoy haciendo bien”	Ansiedad y vergüenza (3/10) Taquicardia y ruborización.	“Solo hago mi mejor esfuerzo”

Conclusión:

Se logran los objetivos planteados.

Objetivos:

- Valorar los cambios logrados en la paciente.
- Instaurar el mantenimiento de las habilidades adquiridas.

Técnicas:

- Psicoeducación.

Instrumentos:

- Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).
- Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños.

Desarrollo de la sesión:

Se inicia la sesión indagando el grado en que la paciente logró instaurar las estrategias cognitivo y conductuales adquiridas en el proceso terapéutico:

T: ¿Cómo estás Lucía?

P: Bien, ya estoy nuevamente en clases.

T: El día de hoy vamos a hacer una especie de repaso de lo que hemos estado viendo hasta ahora ¿está bien? Quiero asegurarme de que las técnicas que te enseñé realmente te sean útiles. Podrías comenzar nombrándome las que más recuerdes...

P: Las voy a decir en orden. El termómetro de las emociones (sobre todo del miedo), el notar cuando estamos pensando de forma equivocada, las

instrucciones, el decirse cosas positivas como para darse ánimos, el expresar una opinión, conversar con alguien, pedir favores a las personas y exponer.

T: Muy bien. Vamos de a pocos. ¿Por qué fue importante para ti reconocer y medir tus emociones?

P: Primero para saber que todas las emociones son buenas y necesarias así no nos gusten, y luego para darnos cuenta de que si son muy intensas entonces podrían empañar nuestras gafas de ver el mundo.

T: ¿Y qué es lo que podemos hacer para que esa intensidad baje? ¿Decirnos: ya no quiero sentir eso?

P: (ríe) No. Tenemos que aceptarlas. ¡Ah! Y me estaba olvidando de las respiraciones. Con las respiraciones podemos hacer que la intensidad baje un poco.

T: Claro que sí, las emociones influyen en nuestros pensamientos y acciones como en la película de *Intensamente*. Hablando de las Respiraciones Profundas o Diafragmáticas, ¿recuerdas por qué se llamaba así?

P: Sí, porque cuando respiramos profundamente apretamos el *botón de la tranquilidad* y así nuestro cuerpo se tranquiliza poco a poco.

T: Nosotras hemos practicado las respiraciones en varias situaciones ¿en cuál de ellas crees que te ha sido más útil?

P: Justo antes de hacer algo que me pone ansiosa, como exponer o dar un examen difícil. Sé que tengo que hacerlo más seguido, pero me olvido...

T: Si te has dado cuenta, también lo hemos hecho antes de conversar respecto a nuestros miedos ¿por qué crees que hice eso?

P: M.... ¿creo que para poder pensar mejor?

T: Sí, para bajar la intensidad de la emoción y tener pensamientos más realistas, o como dijiste hace un rato, para no pensar de manera equivocada... ¿Podrías darme un ejemplo de algún pensamiento equivocado que hayas tenido y que ahora te hayas dado cuenta que no es así?

P: Antes creía que ser tímida era malo y que por eso no podía hablar tan bien como los que no son tímidos. Ahora ya no pienso eso.

T: Que bueno. También vimos que a veces por “pensar mucho” ya no hacíamos las cosas y no avanzábamos. Te puse un ejemplo de la torta de chocolate...

P: Sí, siempre me acuerdo de eso, que solo quejándome no cambio nada y que mejor me prepare. Igual a veces me preocupo, pero después me doy cuenta y empiezo a estudiar así no me guste.

T: Respecto al estudio, dime, ¿aún hay mucha ansiedad ante los exámenes?

P: Solo cuando es muy difícil, pero igual me preparo. Además, ahora siento que doy mejor los exámenes, le enseñé a Sofy lo de las instrucciones para que a ella también le vaya bien.

T: Las instrucciones son muy útiles para el momento en que vas a realizar algo que se te hace complicado. Son como una guía que nos hace ver una serie de pasos a lo que antes veíamos un gran problema. Tú misma puedes hacer tus instrucciones para otras situaciones, así como tú misma también puedes decirte

frases o palabras positivas que te animen a hacer esas cosas con más energía y decisión.

P: Antes de dar exámenes me digo “Tú puedes Lucía, tú estudiaste”.

T: Lo mismo puedes hacer cuando vas a exponer.

P: Verdad. En dos semanas son los Juegos Florales de mi colegio, estoy “nerviosa” porque al final la profesora dijo que vamos a exponer todos y no sólo una persona por grupo, pero ya nos estamos dividiendo el trabajo. Mi mamá me está ayudando a hacer mi papelote. Voy a hablar sobre las plantas que vimos en el paseo al que fuimos.

T: No olvides que hay muchísimas herramientas para impresionar al público y tú eres muy creativa. ¿Cuáles de ellas vas a emplear?

P: Voy a saludar, sonreír y sobre todo usar gestos para no frotarme las manos (ríe).

T: Bien. Hace un rato dijiste que tu mamá te está ayudando con tu tarea, eso está bien. Pero me ha dado curiosidad por saber la manera en cómo se lo pides...

P: Tengo que ver que esté de buen humor porque si está renegando entonces no me hace caso... Pero con lo de los Juegos Florales solo le dije lo que teníamos que preparar y ella me dijo que me ayudaría con el papelote; además mi tía me va a conseguir un chaleco blanco como de laboratorio para exponer, todos vamos a ponernos eso encima del uniforme porque así nos pidió la profesora.

T: Va a estar bonito entonces. Sólo no olvides la forma en la que se piden las cosas. Si le exiges o le suplicas a tu mamá que te ayude entonces ya no estás respetando tus derechos ni los de ella...

P: No, ya no le ruego porque no me hace caso.

T: ¿Y cómo estás con tu hermano?

P: Normal. Sigue agarrando mis cosas, pero ya casi no le grito porque me castigan a mí. Lo único que sí me molestaría que toque sería mi celular, pero no lo agarra porque mi mamá le presta el suyo, además yo siempre tengo el mío conmigo o lo pongo en un lugar donde no lo pueda ver.

T: Muy bien Lucía, antes de terminar voy a tomarte unas últimas pruebas y con eso damos por terminado con el proceso terapéutico. Luego de eso nos veremos otras dos veces más para saber cómo vas.

Se evalúa el grado de cambio a nivel psicométrico a través de la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y de la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños; se comunica los resultados al padre de familia (ver Anexo E) y se da por culminado el proceso de intervención psicológica al conseguir los objetivos terapéuticos.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 SEGUIMIENTO

1era Sesión de Seguimiento

15/09/18

Objetivos:

- Monitorear el sostenimiento del cambio terapéutico.

Técnicas:

- Entrevista psicológica

Procedimiento:

Se recopila información para comprobar el grado de mantenimiento de los cambios terapéuticos. Inicialmente se entrevista a la paciente y posteriormente al padre de familia:

T: Hola Lucía ¿Cómo has estado?

P: Bien. Ahora tengo dos amigas nuevas: Dayanna y Daniela.

T: ¿Ah sí? ¿Dónde las conociste?

P: En el colegio, sólo que ellas han entrado a mitad de año después de las vacaciones. La profesora las presentó al salón y luego Sofy se les acercó, empezamos a hablar y ahora ya somos amigas.

T: ¡Qué bueno! Una de las cosas que querías era tener más amigas y mira, ahora ya son un grupo de 4.

P: No, somos 5 porque también está Maja.

T: Me alegro bastante por ti y también por Dayanna y Daniela, no es fácil ser nuevo en un lugar porque como no conoces a nadie es como empezar otra vez desde cero.

P: Sí. Cuando yo llegué al colegio y era nueva tenía miedo de no conocer a nadie, pero luego Sofy empezó a hablarme. Al principio no le tenía mucha confianza, pero poco a poco nos convertimos en mejores amigas.

T: ¿Con estas nuevas compañeras hiciste amistad más rápido no? O me parece...

P: Sí, ahora puedo hacer amigas más rápido. Es que ya no es tan difícil porque ahora soy antigua. Además, conversar con Dayanna fue fácil porque ella es habladora como Sofy y Maja; con Daniela sí fue un poco más “difícil” porque no me respondía mucho, a veces se quedaba callada.

T: Y cuando se quedaba callada ¿qué hacías o qué pensabas?

P: No pensaba nada, solo me di cuenta de que era tímida como yo, y que por eso no hablaba mucho. Yo solo seguía preguntándole sobre su anterior colegio y si tenía celular, como me dijo que sí tenía le hablé de la aplicación que uso para hacer videos y ahora ella también los hace, solo que los míos me gustan más (ríe).

T: Que bueno, buscaste temas en común e incluso has hecho que se interese en cosas que a ti te gustan. Supiste mantener una conversación y los resultados son que ahora tienes más amigas...

P: ¡Sí! Estoy feliz por eso.

T: Y cuéntame ¿qué tal quedaron los Juegos Florales?

P: Nuestro grupo lo hizo bien. Yo me sentía nerviosa, pero no como otras veces porque ya estaba todo preparado desde antes. Había un compañero de otro grupo al que se le notaba bastante nervioso, lo sé porque se movía como una gelatina, eso me hizo sentir con más confianza porque yo ya no hago eso. También hice mis respiraciones y minutos antes me dije “¡tú puedes Lucía!”.

Cuando acabó todo me sentí mejor y creo que también un poco feliz, la profesora me felicitó, bueno, nos felicitó a todos, pero a mí me dijo que lo había hecho bien y que se me había escuchado todo. Hubieras estado ahí para verme...

T: También me hubiese gustado.

P: ¡Ah! Se me olvidaba. Cuando terminamos de exponer los papás nos hicieron preguntas y también respondí, eso me gustó porque parecía que sí les interesaba el tema, hablamos sobre la fotosíntesis y la reproducción de las plantas...

T: Me gusta que hayas notado eso, la respuesta del público depende de cómo la tomes, hay personas que toman las preguntas como críticas, pero tú las has tomado como interés de su parte. Te felicito. Y dime, ¿cómo va el tema de las tareas?

P: Mas o menos. La hago, pero no me gusta cuando es mucha, además que los martes y jueves voy a nadar y eso me también me deja con menos tiempo para hacerlas.

T: Entiendo. Pero lo importante es que la haces aún con el poco tiempo que te queda... ¿tu mamá sigue ayudándote?

P: Solo un poco y cuando se lo pido sin llorar, sino no me hace caso.

T: Pedir ayuda no es malo, pero hay formas de pedir las cosas ¿cierto? No es ni exigiendo (agresivamente), ni rogando (pasivamente).

P: Es asertivamente.

T: ¡Que buena memoria! Bien Lucía, me alegra todo lo que me cuentas. ¿Sientes que las cosas están mejor en casa o en el colegio? ¿Tú cómo te sientes?

P: Yo me siento bien. Generalmente feliz. A veces sigo renegando con Diego, pero luego ya estamos bien. Y en el colegio también, sigue sin gustarme exponer, dar exámenes o hacer tareas, pero ya no me quejo como antes porque sé que no

logro nada, además, a mí sí me gusta ir al colegio y que las cosas me salgan bien.

T: Claro... el colegio, como todo sitio, tiene cosas que quizá no nos guste. Pero si ponemos en una balanza por un lado las cosas que sí nos gustan y por otro las que no, estoy segura que pesan más las positivas, y hay que pensar en esas cosas que nos importan al momento de tomar decisiones. Qué preferirías, ¿dejar de hacer eso que no te gusta y aceptar sus consecuencias? O ¿hacerlo a pesar de la incomodidad, desagrado o temor?

P: Preferiría hacerlo porque más me importa seguir estudiando. Además, todo eso me ayuda a “pasar de nivel”.

A continuación, se conversa con la mamá de la paciente.

T: ¿Cómo está Sra. Karla?

MP: Bien doctora, un poco preocupada porque Diego no está muy bien en Comunicación y Matemáticas, lo único bueno es que a raíz de eso su papá también le está enseñando, antes sólo yo veía las tareas pero ahora él también tiene que ayudar, sino Diego puede repetir porque son cursos importantes.

T: Me alegra que su esposo esté más involucrado y que a pesar de la preocupación estén haciendo algo para solucionarlo... Le comento que las pruebas que le tomé a Lucía comprobaron que sus niveles de ansiedad han disminuido bastante, al punto de considerarse “normal”, como esa ansiedad que le comenté en la primera sesión, pues ya no la limita o le genera un gran malestar. Incluso también ha mejorado la idea que tiene sobre sí misma, eso se refleja en que se acepta como es, ve la timidez como algo tan bueno como la extraversión, y además destaca sus talentos.

MP: Sí. Ella siempre ha sabido que es buena dibujante, por ejemplo, pero ahora la veo más emocionada, en las vacaciones de verano quiere hacer mil cosas, ya habíamos quedado en que la matricularía en lo que a ella quisiera. En verdad tiene bastante energía y es muy soñadora.

T: Todo eso que me cuenta también es gratificante para mí... Lucía me comenta que ahora se siente bien, tanto en casa como en el colegio. Pero además quisiera que usted me comente si la familia o la escuela nota un cambio estable en ella.

MP: Sí, como ya le venía diciendo, Lucía ha ido mejorando poco a poco realmente. Usted sabe que ya no me hace berrinches, cumple sus quehaceres y a veces (aunque muy raras) sigue teniendo esas iniciativas de ordenar un espacio para sorprendernos, cuando “está de ánimos” mejor dicho (ríe). Lloro pero ya acepta sus castigos... No le voy a mentir, a veces su papá y yo seguimos equivocándonos al momento de corregirlos, sobre todo porque son muy diferentes, pero al menos yo ya les pido disculpas, eso ha mejorado muchísimo nuestra relación. Mejor dicho, no sólo Lucía ha mejorado, nosotros también.

T: ¿Y cómo la notan sus abuelos o sus tías? Sé que son los familiares más cercanos a ella.

MP: El cambio que ellos notan principalmente es que ya no llora escandalosamente. Mi hermana, quien es la que nos visita más y la que a veces me ayuda cuando Lucía tiene que armar algo en el colegio, me comenta que la ve en general más colaboradora, antes ella también veía sus berrinches al momento de hacer la tarea, pero ahora ve que ya no me suplica, puede quejarse de que está cansada y de que es mucha tarea pero igual la hace, ya no tengo que gritarle, sabe que si no la hace se perjudica sola.

T: ¿Y en el colegio?

MP: Bien, no sé si le comentó que tiene dos amigas más.

T: Sí, fue lo primero que me dijo.

MP: A mí también me habla todo el tiempo de ellas. A veces vienen a la casa y todo. Bueno, su profesora y su tutora me dicen que ya no la ven alejada de los grupos por eso mismo. Como que está más incluida y participando más.

T: ¿Participa en clases?

MP: Un poco más que antes. Pero al menos ya dice su opinión. La profesora le dijo una vez que era muy creativa y eso le gustó bastante.

T: Claro, no es la cantidad de intervenciones, sino la calidad de sus respuestas las veces que participa.

MP: Sí. Además, sus *misses* ya me habían dicho que había mejorado muchísimo en las exposiciones, pero ahora que fui a los Juegos Florales me lo volvieron a repetir. Yo misma la vi ese día, se la nota más confiada, ya no se está frotando las manos ni girando su cuerpo, ahora sí se le escucha y mira más a la gente. Esa satisfacción es como un refuerzo para mí, para seguir esforzándome con ellos.

T: Entonces las cosas van muy bien, incluso mejor de lo que pensé. De todas maneras, las volveré a citar una vez más para otro seguimiento.

MP: Sí doctora, no hay problema. Muchas gracias.

Conclusiones:

Se logran los objetivos planteados. Los cambios terapéuticos se han mantenido estables e incluso se reportan mejoras adicionales.

Objetivo:

- Monitorear el sostenimiento del cambio terapéutico.

Técnicas:

- Entrevista psicológica

Procedimiento:

Se recopila información para comprobar el grado de mantenimiento de los cambios terapéuticos. Inicialmente se entrevista a la paciente y posteriormente al padre de familia:

T: Hola Lucía. No he sabido nada de ti durante un mes. ¿Cómo te ha ido?

P: Bien, hoy me han puesto una inyección para protegernos del VPH.

T: ¿Solo a ti? ¿Cómo así?

P: No, a todos en el colegio, siempre hacen campañas para la salud.

T: Que bien. ¿Y cómo te has estado sintiendo respecto a la ansiedad?

P: No me he sentido tan ansiosa pero sí estresada. Es que hace dos semanas nos dijeron que teníamos que exponer el lunes de la siguiente semana, quería prepararme, pero ese mismo día nos dejaron tarea para el día siguiente. El martes también nos dejaron tarea para el día siguiente y además teníamos que dar un examen que siempre dan en los colegios, porque el Ministerio lo pide o algo así. Entonces el miércoles dimos el examen, y la madre Yovana que enseña Historia, también nos dejó tarea para el viernes, pero como el jueves también tenía natación entonces todo eso me dejó menos tiempo para prepararme para la exposición. Fue individual, me sentía menos preparada y un poco ansiosa pero igual lo hice y no me fue tan mal.

T: ¡Wao! Qué bueno que esa semana acabó. ¿Cómo así que no te fue tan mal?

P: O sea, por un momento me olvidé de lo que tenía que decir, pero creo que no lo notaron porque usé otras palabras. No preparé mis gestos, pero ya no me froto las manos, y de ahí el resto normal.

T: ¿Y cómo fue la temperatura de la ansiedad en esa ocasión?

P: Sí estaba preocupada, creo que era un 6, pero sólo fueron minutos antes de que me toque exponer, traté de practicar mis respiraciones pero no hice muchas porque me acordé tarde...

T: Imaginemos que en otra ocasión vuelvas a tener una semana así de cargada, que te tienes que preparar para un trabajo o una exposición con mucho menos tiempo. ¿Qué crees que podrías hacer para que no te olvides de tus respiraciones?

P: No lo sé, estaba tan preocupada que me olvidé.

T: Entiendo, ¿quizá nos ayude tener un plan? Ahora creemos uno.

P: Esta bien. Podría escribirlo en mi cuaderno, porque en el colegio tengo el celular apagado.

T: Claro, puedes poner un recordatorio en tu celular, o una alarma, y ya luego en el salón escribirlo en tu cuaderno por si las dudas. ¿Eso te ayudaría?

P: Sí, creo que sí.

T: Lo importante con esto que te estoy diciendo, es que es bueno detectar en qué fallamos para luego prevenir errores similares. No sólo en las exposiciones, sino en cualquier situación. Es ahí donde hacer el plan, ayuda no sólo a mejorar, sino a sentirnos más preparados, como cuando hacemos un botiquín para el sismo, no podemos detenerlo pero sí prepararnos.

P: Esta bien, lo haré. De ahí también tuve otra exposición y esa sí me salió bien. Ya no me siento tan ansiosa después de las exposiciones.

T: Que bueno, ¿y durante?

P: Tampoco. Quiero hacerlo bien pero ya no me preocupo por todos los exámenes o exposiciones por igual, sólo por los más importantes. Me preocupo, pero sobre todo me esfuerzo. Entonces ya no ando pensando si me saqué buena nota o no... Además, mi mamá ya no me riñe tanto, sólo cuando ve que no me preparo, porque cuando ve que sí lo hago, así me haya sacado "B" ella ya no me riñe.

T: ¡Bien! Son muy buenas noticias. Entonces mamá está poniendo bastante de su parte ¿no?

P: Sí.

T: Muy bien Lucía, estoy contenta con todo lo que has logrado. Te felicito. Ahora me quedaré sólo con mamá ¿de acuerdo?

P: Ya.

A continuación, se conversa con la madre de la paciente:

T: ¿Cómo ha estado Sra. Karla? ¿Cómo ha notado a Lucía durante este mes?

MP: Bien doctora. Casi sin cambios. El otro día me dijo que cuando vaya al colegio para una nueva exposición, la grabe para que se lo muestre. ¿No habría problema no?

T: Claro que no, lo vería con mucho gusto... Me dijo Lucía que usted ya no le llama la atención por sus notas, a menos que vea que no se esfuerce. La felicito, noto que eso ha ayudado mucho a que su temor por las calificaciones disminuya, así puede enfocarse más en prepararse que en los resultados.

MP: Sí. A veces sí se relaja y tengo que decirle que haga su tarea o que estudie, pero generalmente ya lo hace por sí sola. Aproveché lo que ha pasado con Diego (que está mal en dos cursos) para hablar con ella, le dije: "¿quisieras estar así

como tu hermano? él ahora tiene que esforzarse mucho más por no haberlo hecho desde el inicio. ¿Quieres eso?”. Y ella me dijo que no, que sí va a estudiar, y en verdad la vi más responsable aún.

T: Que bueno, eso que usted hace es enseñarle a reflexionar sobre las consecuencias de sus actos. Entonces sus berrinches ya son historia ¿no?

MP: (Ríe) Sí, menos mal. Como le dije, estamos más unidas. No sólo ella me dice cómo se siente sino que yo también. Y ahí vamos...

T: Muy bien. ¿Y aún espera a que usted responda por ella cuando le presentan a alguien?

MP: No, ya no. Mi esposo es el que más celebra eso porque decía que yo les daba todo “masticado”.

T: Hablando de su esposo. ¿Qué opina él de todo esto?

MP: Yo noto que tanto a él como a mí, nos costó entender las cosas inicialmente. Más a él porque como no podía venir, no recibía la misma orientación que yo. Pero de una vez que vio los cambios le fue más fácil. Además, que no era sólo una mejora para Lucía sino para todos en la casa.

T: ¿Ya no le dice que le va a castigar avergonzándola con sus amigas?

MP: No es necesario. Además, que si lo hace yo seré la primera en no permitirlo, nunca está de más recordárselo (ríe).

T: Perfecto. Entonces ya hemos terminado.

Conclusiones

Se logran los objetivos planteados. Los cambios terapéuticos se mantienen estables, por lo que se da por concluido el tratamiento y la fase del seguimiento.

4.2 CRITERIO DE LA PACIENTE

Tras culminar la intervención psicoterapéutica la paciente manifiesta experimentar respuestas de ansiedad menos intensas antes, durante y después de la exposición a situaciones socio-evaluativas y de evaluación de desempeño. Las Tablas 7 y 8 contienen relatos de la propia paciente sobre las nuevas respuestas post-tratamiento.

Tabla 7.

Respuestas de ansiedad Post-tratamiento ante situaciones socio-evaluativas

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Cuando me presentan a alguien.	“Soy introvertida, pero eso no es un impedimento para conocer gente” “Todavía tengo un poco de miedo de saludar a las personas, pero si no lo intento quizá me esté perdiendo de una buena amiga”	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia.	“La saludo, y si quiero seguir hablando le haré preguntas, pero sino, entonces me despediré”.
Cuando tengo que hablar con una figura de autoridad.	“Puede que quizá no me traten bien pero eso no significa que no tenga el derecho a expresarme”	Ansiedad (2/10) Taquicardia, ruborización.	“Me acerco a pedir lo que deseo, si me dicen que no al menos lo intenté, y si me gritan, seguro han tenido un mal día”
Cuando la profesora pide intervenciones orales de conocimiento o dar mi opinión.	“Yo puedo dar mi opinión sobre un tema así algunos no les guste o no opinen lo mismo”	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia.	“Quizá me demore en participar pero no tiene que ser perfecto, es solo mi opinión”.
Cuando me piden que lea en voz alta frente a mis compañeros.	“Todavía me pone ansiosa que todos me vean mientras leo, pero quizá no se estén fijando tanto en qué tan mal lo hago”.	Ansiedad y vergüenza (2/10) Taquicardia, respiración agitada, ruborización.	“Leo fuerte para que todos me escuchen”
Cuando me dicen	“No me gusta exponer pero	Ansiedad y	“Me preparo para la

que tengo que exponer o hablar en público.	quejándome no consigo nada” “Solo tengo que prepararme y hacer que el público me entienda”	vergüenza (2/10) Taquicardia, respiración agitada, tensión muscular.	exposición”. “Quizá siga preocupándome pero igual seguiré preparándome”
Durante una exposición.	“Solo tengo que recordar todo lo que ensayé”. “Me he preparado así que lo estoy haciendo bien”	Ansiedad y vergüenza (3/10) Taquicardia y ruborización.	“Solo hago mi mejor esfuerzo”

Tabla 8.

Respuestas de ansiedad Pos-Tratamiento ante situaciones de evaluación de desempeño

Situación	Pensamiento	Emoción	Conducta
Antes del próximo examen de Inglés.	“El curso de Inglés no es uno de mis favoritos, así que rendir su examen no es algo que me agrade mucho, pero no puedo evitarlo, así que voy a tomar a la ansiedad como mi amiga y voy a rendirlo porque quiero seguir estudiando”. “Me siento ansiosa, pero no gano nada <i>solo</i> preocupándome. Lo único que tengo que hacer es prepararme por si el examen es realmente difícil y así subir de nivel”. “El examen es importante pero más importante son mis sueños de ser Diseñadora de casas”. “Mi mamá se molesta porque piensa que debo ser una buena alumna pero yo seré más que eso”	Ansiedad 2/10 (Palpitaciones aceleradas)	“Quizá aún me muerda las uñas y me distraiga por momentos pero seguiré estudiando para el examen”.
Durante el examen de Inglés.	“No me gusta dar este examen, pero tengo que darlo para seguir estudiando”	Ansiedad 4/10 (Temblor, palpitaciones aceleradas, sudoración y sensación de frío)	“Hago mi mejor esfuerzo en el examen así tenga dudas.”

Después del examen de Inglés	“Quiero saber la nota pero sólo queriendo no ganaré nada. Ya lo sabré el día de la entrega”. “Si no me fue bien podré dar otros exámenes”.	Ansiedad 1/10 (Temblor, palpitaciones aceleradas)	“Tengo curiosidad pero no hago nada, solo espero mi nota”.
------------------------------	---	--	--

Respecto a las fases anticipatorias refiere que, a pesar de que en ocasiones experimenta niveles de ansiedad elevados, suele emplear los recursos que se le brindó como: (a) los ejercicios de respiración diafragmática; (b) la ejecución de conductas opuestas a la procrastinación a modo de rebatir los sesgos de falta de control; (c) el uso de metáforas como “ponerse en modo difícil para subir de nivel” a fin de contrastar los sesgos de incapacidad de afrontamiento; y (d) el ensayo de técnicas de exposición o de comunicación asertiva para mejorar su desempeño social (ver Sesión 20). En cuanto a las fases de exposición a los eventos ansiógenos, refiere disminuir la intensidad de la emoción a través del uso de las Autoinstrucciones (ver Sesión 20), y de la interpretación de ciertos estímulos socio-evaluativos como neutrales o incluso positivos; por ejemplo, recibir las preguntas del público como interés por el tema y no como críticas (ver 1era Sesión de seguimiento). Igualmente, comenta una gran disminución de la ansiedad post-evento: “ya no me siento tan ansiosa después de las exposiciones”, “quiero saber la nota, pero sólo queriendo no ganaré nada. Ya lo sabré el día de la entrega”, “si no me fue bien podré dar otros exámenes” (ver 2da Sesión de seguimiento y Tabla 8).

Adicional a ello, refiere ya no presentar sesgos de juicio respecto a su timidez o a las intenciones de los demás: “antes creía que ser tímida era malo y que por eso no podía hablar tan bien como los que no son tímidos. Ahora ya no pienso eso”, “todavía me pone ansiosa que todos me vean mientras leo, pero quizá no se estén fijando tanto en qué tan mal lo hago” (ver Sesión 20 y Tabla 7).

Lo que le ha permitido aceptarse, incrementar su autoeficacia, disminuir su sentido de incompetencia social, y conseguir objetivos personales como el ampliar su círculo de amistad: “ahora puedo hacer amigas más rápido [...] con Daniela sí fue un poco más “difícil” porque no me respondía mucho, a veces se quedaba callada, pero me di cuenta de que era tímida como yo, y que por eso no hablaba mucho. Yo solo seguía haciéndole preguntas sobre su anterior colegio o si tenía celular [...]” (ver 1era Sesión de Seguimiento).

4.3 CRITERIO DEL FAMILIAR

La madre de la paciente, quien estuvo presente durante gran parte del proceso psicoterapéutico, comenta que Lucía ha ido evidenciando un cambio progresivo y significativo a lo largo de la intervención, el mismo que se ha ido manteniendo tanto en el contexto familiar como en el escolar y social (ver 1era y 2da Sesión de Seguimiento).

Respecto al primer ámbito, refiere que la paciente ya no realiza rabietas consistentes en gritos, llanto intenso y duradero, y súplicas; y que sus conductas de indefensión, como medio para evitar castigos o deberes que no son de su agrado (p. ej., rogar para que no le quiten el celular o para que hagan las tareas escolares por ella), han disminuido en frecuencia, duración e intensidad. Mostrando en cambio, la comunicación asertiva de las experiencias emocionales, la realización de conductas orientadas a la solución de problemas o prevención del castigo, la ejecución sin oposición de las tareas/deberes designados, y la aceptación de las sanciones acordes a la falta. Dichas mejoras también son percibidas actualmente por otros familiares cercanos como el padre, la tía materna y los abuelos paternos.

En cuanto al ámbito social y escolar, la madre de la paciente refiere que, a raíz de la intervención psicoterapéutica, Lucía muestra una mayor confianza en sí misma y un mejor desempeño social tanto en situaciones interpersonales como públicas, pues ha ampliado su círculo de amistades, ya no pide que respondan por ella, cuando la presentan a una persona desconocida, hace solicitudes a figuras de autoridad, y pide que la graben durante sus exposiciones al tener un mejor desenvolvimiento en las actuaciones públicas: ya no se frota las manos, mantiene un volumen de voz elevado, no presenta movimientos corporales (p. ej. agitar los brazos o girar de un lado a otro) y establece un contacto visual más prolongado con el público. De igual modo, las docentes y la tutora de la institución educativa, le han comentado que Lucía ya no muestra una actitud sumisa o dócil frente a sus superiores, pues expresa su punto de vista en clases cada vez que se lo preguntan, y/o participa en más intervenciones orales; adicional a ello, refieren que actualmente parece disfrutar más de la compañía de sus compañeros y ser más aceptada por el grupo.

Respecto a otros avances, el padre de familia comenta que la paciente ahora muestra una actitud más colaboradora ante los deberes escolares, y al mismo tiempo, más positiva respecto a su desarrollo académico/profesional, enfocándose más en las cualidades que la distinguen de los demás que en sus deficiencias.

4.4 CRITERIO PSICOMÉTRICO.

La valoración cuantitativa de los cambios logrados en las áreas afectiva y emocional, se dieron a través de la administración de los mismos instrumentos empleados en la evaluación inicial: el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños. A continuación, se

muestran los resultados de acuerdo a las fases pre-tratamiento y post-tratamiento:

Tabla 9.

Resultados de las fases Pre-tratamiento y Post-tratamiento

Áreas evaluadas	Instrumentos	Fases			
		Pre-tratamiento		Post-Tratamiento	
		Puntaje	Categoría	Puntaje	Categoría
Afectiva	Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)	9	Ausencia	3	Ausencia
Emocional	Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños.	23	Marcado	6	Normal

Gráfico 1.

Puntajes obtenidos en el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

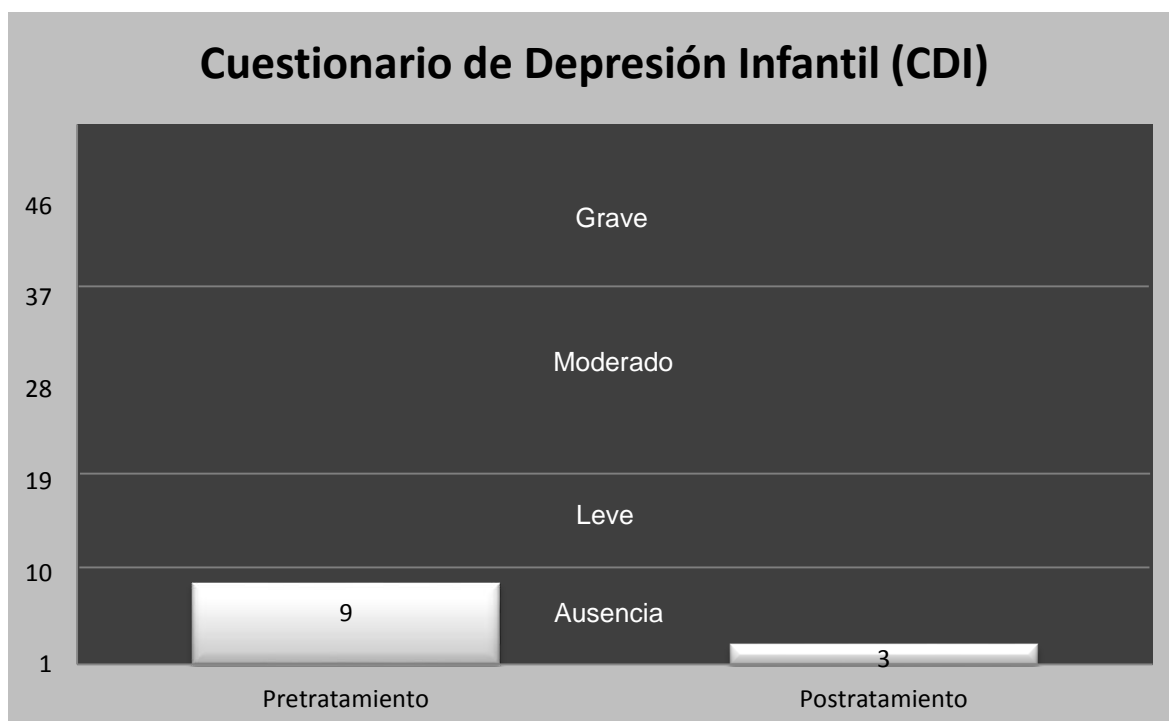
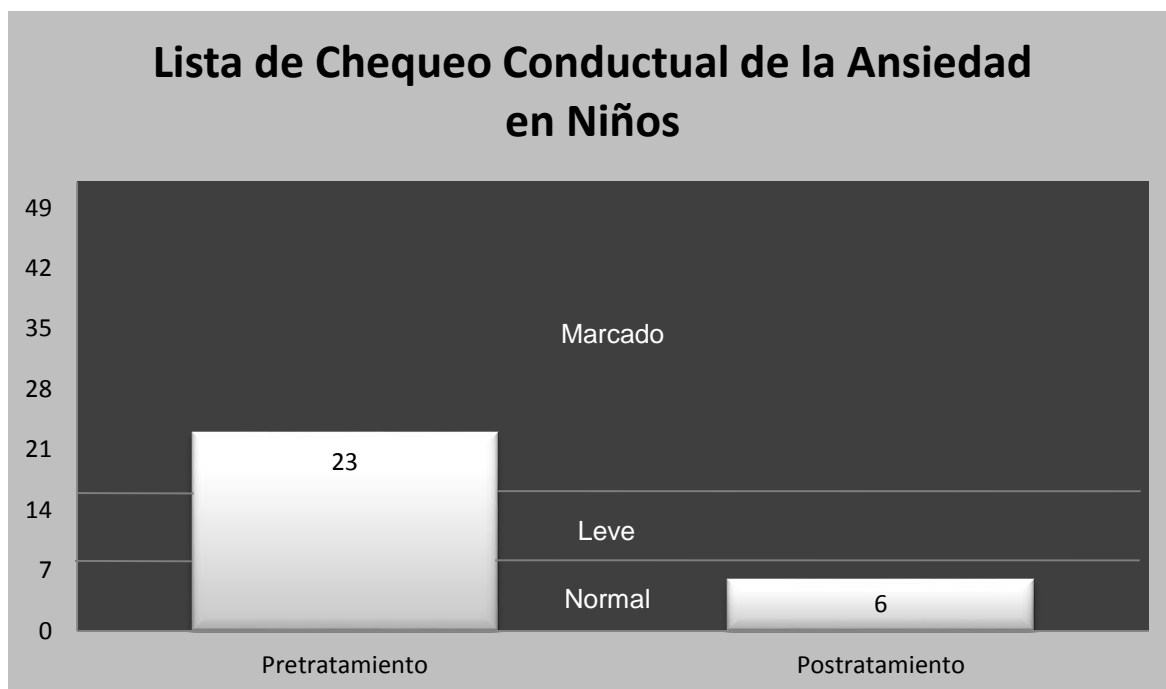


Gráfico 2.

Puntajes obtenidos en la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños



Como se puede observar en la Tabla 9, en cuanto al área afectiva, la paciente ha obtenido puntajes correspondientes a la categoría “Ausencia”, tanto previamente (9) como posterior (3) a la intervención psicoterapéutica, lo que indica que no hubo variaciones relevantes en relación a la falta de sintomatología depresiva. En cambio, sí existen diferencias categoriales respecto al área emocional (ver Gráfico 2). La Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños mostró, en la fase del pre-tratamiento, puntuaciones acordes a un nivel de ansiedad “Marcado” (23); mientras que en el post-test, un puntaje equivalente a la categoría “Normal” (6).

Estos últimos datos hacen referencia a un resultado satisfactorio, pues la clínica ha ido disminuyendo significativamente tras los ajustes del tratamiento psicológico (ver Tabla 10).

Tabla 10.***Porcentaje de mejora Post-tratamiento***

Instrumento	Puntuación	Puntuación	Variación porcentual
	Pre-test	Post-test	
Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)	9	3	-66.7%
Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños.	23	6	-73.9%

4.5 CRITERIO CLÍNICO

Basándonos en el contraste de las fases Pre y Post-tratamiento respecto a las observaciones e información recopilada, y en congruencia con lo referido por la paciente y el padre de familia, se encuentra que efectivamente la paciente ha conseguido un cambio clínicamente significativo. Esto debido no sólo a la reducción de los síntomas presentes en los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social (ver Tabla 5), sino también por el incremento del nivel de funcionalidad en las diferentes áreas personal, familiar, escolar y sobre todo social. De manera más específica, a pesar de que Lucía presenta una disposición a la inhibición conductual, el valor de amenaza de los estímulos socio-evaluativos y de evaluación de desempeño ha disminuido notoriamente, lo que se traduce en los niveles de ansiedad normales que experimenta actualmente. Respecto al componente cognitivo, los errores en el procesamiento de información y los sesgos de juicio han sido rebatidos casi en su totalidad, pues la paciente ya no realiza una predicción catastrófica relacionada a las consecuencias sociales negativas (p. ej., críticas, respuestas negativas, llamadas de atención) y al fracaso académico; es capaz de atender de manera flexible a otros estímulos en lugar de focalizarse únicamente en la amenaza; es consciente de que los

comportamientos de seguridad no son las conductas más efectivas para disminuir la ansiedad; la rumiación pre y post-evento ha disminuido considerablemente, empleando en cambio, estrategias cognitivas y conductuales que la preparan para la acción; las creencias rígidas de que debe ser una “buena estudiante” se han reestructurado por otras más flexibles, motivadas por sus metas académicas/profesionales a corto y a largo plazo; presenta una mayor sensación de autocontrol sobre sus respuestas; y ya no subestima sus propias capacidades maximizando las dificultades o sobrevalorando a los demás, un ejemplo de ello es que ya no valora negativamente su timidez, y a pesar de que sigue sin gustarle ser el centro de atención, igualmente se siente capaz de actuar en público. En cuanto al componente conductual, la paciente ha reducido significativamente los comportamientos evitativos, incluyendo los de seguridad, en este sentido, mantiene un contacto visual más prolongado, el tiempo de latencia de sus respuestas es casi imperceptible, ya no se queda callada cuando desconocidos o figuras de autoridad le hacen preguntas, emplea un volumen de voz más elevado, y ya no gira su cuerpo excesivamente ni se frota las manos al momento de hablar en público. Incluso, su repertorio conductual ha incrementado a favor de una mayor competencia social: puede mantener conversaciones empleando temas variados de conversación o realizando cumplidos, se ofrece a ayudar, da su opinión y realiza peticiones o favores de manera asertiva, y durante las exposiciones emplea gestos y recursos paralingüísticos para dar mayor énfasis a los aspectos relevantes del discurso.

Por otro lado, también es evidente el cambio presentado en el contexto familiar, no sólo por la extinción de las conductas inadecuadas de la paciente, sino por las mejoras en los estilos de crianza y en la dinámica familiar en general:

(1) se establecen reglas más claras y se delimitan las funciones de cada uno de los miembros, incluyendo el rol de los abuelos paternos; (2) se estimula el razonamiento y el sentido de responsabilidad a través de una mejor comunicación previa y posterior al castigo o recompensa; (3) se validan las emociones en lugar de interpretarlas como injustificadas; (4) se hace fomento del autocontrol a través de la solución de problemas; (5) las conductas de sobreprotección que reforzaban la indefensión o la evitación han reducido notoriamente; (6) se reduce el empleo de discursos amenazantes y de la arbitrariedad de los castigos; (7) se fomenta y mantiene las conductas deseadas a través de la educación positiva y el refuerzo intermitente; (8) se incrementa la tolerancia a los errores o bajas calificaciones; y (9) generalmente se aplican las técnicas de modificación de conducta considerando los objetivos y el contexto de cada situación. En efecto, todas estas pautas han constituido una red de apoyo importante para la paciente, favoreciendo consecuentemente el alcance eficaz de los objetivos terapéuticos.

CAPÍTULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 RESUMEN

El presente estudio trata de Lucía, una niña de 9 años con trastorno de ansiedad social. Ella fue traída a consulta por la madre, debido a que experimentaba marcados niveles de ansiedad ante situaciones sociales y de evaluación de desempeño. Los estímulos socio-evaluativos eran considerados como altamente amenazantes, se acompañaban de creencias distorsionadas relacionadas a la incompetencia social y a las intenciones de los demás, como negativas (p. ej., críticas, llamadas de atención, burlas), y desencadenaban comportamientos de seguridad que empobrecían su desenvolvimiento, reforzando así las ideas de incompetencia y el mantenimiento de la ansiedad. Dicha condición le generaba un gran malestar y era notorio a vista de los demás, pues la reconocían como una niña muy tímida, sumisa, dócil y “nerviosa”. Adicional a ello, a fin de evitar el castigo y/o la realización de sus deberes escolares o quehaceres, en casa presentaba conductas de indefensión y rabietas muy frecuentes, duraderas e intensas que afectaban la dinámica familiar, por lo que la madre también solicitaba ayuda en ese aspecto.

Durante el proceso de evaluación se encontró que el desarrollo del TAS se había visto influenciado principalmente por dos factores: (1) el temperamento de comportamiento inhibido característico de la paciente desde sus primeros años de vida; y (2) por las conductas parentales relacionadas a estilos de crianza inadecuados, como la sobreprotección y el autoritarismo. Un ejemplo de ello es que, ante los comportamientos de seguridad de Lucía como el quedarse callada cuando le presentaban a alguien, los padres respondían por ella evitando

exponerla a las situaciones temidas. Asimismo, se realizó el análisis funcional y la triple relación de contingencia de las conductas problema, los cuales permitieron la elaboración de un programa de intervención psicoterapéutica basado en el modelo cognitivo conductual.

La intervención duró un total de 20 sesiones de las cuales 4 se abarcaron únicamente con la madre de la paciente, 6 con ambas (paciente y madre por separado) y 10 únicamente con la paciente. En primer lugar, se trabajó con el padre de familia en la disminución de las conductas autoritarias y de sobreprotección, que influían en el comportamiento inadecuado de Lucía en casa y en el mantenimiento del TAS; para manejar esas contingencias se la entrenó en técnicas de modificación de conducta (p. ej., sobrecorrección y coste de respuesta), además se le brindó consejería y orientación afín a un estilo de crianza democrático. Posteriormente, durante las siguientes 6 sesiones se trabajó con la paciente en el reconocimiento y aceptación de sus emociones a través del termómetro de emociones y la psicoeducación; en la comprensión de la relación bidireccional entre pensamiento-emoción-conducta, mediante la técnica de columnas paralelas; el entrenamiento en ejercicios de respiración diafragmática para reducir las respuestas de activación fisiológica y aumentar la sensación de autocontrol; y en la detección de las creencias irracionales a través de la flecha descendente. Todo ello mientras a la par se seguía citando a la madre, para supervisar brevemente el mantenimiento de los cambios logrados a nivel familiar. De igual modo, durante las últimas 10 sesiones se reestructuraron los sesgos de juicio de la paciente empleando un estilo metafórico y didáctico; se le brindaron estrategias cognitivas para afrontar las situaciones temidas (p.ej., autoinstrucciones, autoafirmaciones enérgicas); y se la entrenó en habilidades

sociales para mejorar su desempeño a nivel social, más específicamente se le enseñó a iniciar y mantener conversaciones, a hacer solicitudes y a dar su opinión de manera asertiva, a aceptar críticas o respuestas negativas, y a exponer en público. Cabe mencionar que también se contó con el apoyo de los docentes de la institución educativa, para la aplicación de dichas habilidades en el contexto escolar, principalmente de aquellas relacionadas a la actuación pública, pues incentivaban las aproximaciones sociales de la paciente a través de refuerzos como aplausos o felicitaciones.

La Terapia Cognitivo Conductual, aplicada al caso de Lucía, resultó en una disminución clínicamente significativa de los síntomas del TAS y en mejoras adicionales de su funcionalidad en las diferentes áreas de su vida. Finalmente, tras culminar con la intervención psicoterapéutica se realizaron 2 sesiones de seguimiento con el objetivo de verificar el estado actual de la paciente y de comprobar la estabilidad de los cambios logrados.

5.2 CONCLUSIONES

- El trastorno de ansiedad social (TAS) es una de las afectaciones más frecuentes, crónicas y altamente incapacitantes, tanto en la edad pediátrica como en adultos. No suele remitir de manera espontánea, y la prevalencia del TAS subclínico también es relativamente alta.
- Lucía, la paciente de 9 años del presente estudio, experimentaba una ansiedad intensa ante las situaciones socio-evaluativas por el temor a ser calificada negativamente. Manifestaba, además, un miedo intenso a las evaluaciones de desempeño y presentaba conductas inadecuadas frecuentes, intensas y duraderas limitadas al contexto familiar.

- Los principales factores que influyeron en el desarrollo y mantenimiento del TAS de la paciente fueron: (1) el temperamento de inhibición comportamental, el cual se ha visto que es uno de los factores de riesgo más potentes para el desarrollo del TAS en específico; y (2) las conductas parentales relacionadas a la sobreprotección y autoritarismo, las cuales influían en el aumento de valor de la amenaza de los estímulos socio-evaluativos.
- Tal y como lo indica la literatura, la terapia cognitivo conductual no-tradicional, resultó ser una intervención eficaz para la reducción significativa de la sintomatología del TAS. Se mantuvo únicamente la disposición natural de la paciente a la inhibición conductual, pasando de niveles de ansiedad “Marcado” en la fase Pre-tratamiento (según la Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños), a niveles de ansiedad “Normal” en la fase Post-tratamiento. Incluso se logró una mejora adicional en las diversas áreas de su funcionamiento, principalmente la social.
- Asimismo, la participación del padre de familia en el proceso terapéutico, en este caso en particular, facilitó el alcance de los objetivos planteados, pues no sólo se trabajó un componente psicoeducativo del TAS, sino que también se le brindó orientación, consejería y el manejo de técnicas de modificación de conductual para manejar las contingencias de las conductas problemáticas.

5.3 RECOMENDACIONES

- Continuar esclareciendo el marco conceptual del TAS a favor de disminuir las discrepancias entre los criterios diagnósticos de los diversos manuales, y con ello, establecer un diagnóstico más preciso del TAS.
- Elaboración de escalas que evalúen la ansiedad social en niños y/o la adaptación de las mismas a la realidad peruana.
- Realizar nuevos informes epidemiológicos nacionales sobre el TAS. Los datos con los que se cuenta actualmente no están actualizados (el estudio más reciente corresponde al del Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Goguchi, 2002), sólo abarcan la prevalencia del TAS en la ciudad de Lima y/o no se consideran todos los grupos etarios como la edad pediátrica.
- En relación a la comorbilidad, se necesitan más hallazgos en estudios longitudinales para establecer los mecanismos, por los cuales el TAS puede contribuir a la aparición de otros problemas psiquiátricos como depresión, trastornos de ansiedad y la dependencia de sustancias como alcohol o marihuana en la adolescencia o la edad adulta.
- Seguir realizando investigaciones sobre la etiología y mantenimiento del TAS. En relación a los factores intrínsecos: identificar los genes específicos asociados, y ampliar el conocimiento sobre las bases neurológicas en la edad pediátrica. Y en cuanto a los factores extrínsecos: profundizar sobre cómo otras variables presentes en el contexto escolar (p. ej., los estilos educativos de los docentes o la organización del sistema educativo) influyen en el desarrollo del trastorno, pues la gran mayoría de estudios

sólo se ha centrado sobre las repercusiones del TAS en el ámbito escolar/académico u otras áreas de funcionamiento.

- Debido a que el TAS no tiende a remitir espontáneamente, y siendo la edad de inicio en la niñez un indicador de mal pronóstico, se recomienda que, en caso de detectar la presencia del trastorno o síntomas acordes a un TAS subclínico, se intervenga lo más tempranamente posible.
- Asimismo, se recomienda la participación de la familia en el tratamiento del TAS caso de niños, sobre todo si los padres están respondiendo al temperamento de inhibición conductual del niño con conductas de sobreprotección.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2010). *Cognitive and behavioral therapies for social phobia and public speaking anxiety*. Recuperado de http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/socialphobia_cbt.htm.
- Antony, M. y Swinson, R. (2008). *The Shyness & Social Anxiety Workbook* (2a Ed.). Oakland: The New Harbinger Publications.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H.-U. (2007). Incidence of Social Anxiety Disorder and the Consistent Risk for Secondary Depression in the First Three Decades of Life. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 903. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., y Wittchen, H.U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411–425. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x
- Beidel, D. C., Turner, S. M. y Morris, T. L. (1999). Psychopathology of Childhood Social Phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643–650. doi: 10.1097/00004583-199906000-00010
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L. y Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental

involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 416-424. doi:10.1016/j.janxdis.2011.12.014

Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C. y Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230–239. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.01.002

Caballo, V. E. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 2ª Ed. Madrid. Siglo XXI.

Caballo, V. E., González, S., Alonso, V. e Iruña, M. (2007). El “Cuestionario de interacción social para niños” (CISO-N): Un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad social en niños. *Psicología Conductual*, 15(1), 77-94. Recuperado de file:///C:/Users/juan%20carlos/Downloads/El_Cuestionario_de_interaccion_social_pa.pdf

Caballo, V. E., López-Gollonet, C., Salazar, I., Martínez Arias, R., Ramírez-Uclés, I. y Equipo de Investigación CISO-A España (2006). Un nuevo instrumento para la evaluación de la ansiedad/fobia social: el “Cuestionario de interacción social para adultos” (CISO-A). *Psicología Conductual*, 14(2), 165-181. Recuperado de https://www.academia.edu/16478749/Un_nuevo_instrumento_para_la_evaluacion_de_la_ansiedad_fobia_social_El_Cuestionario_de_interaccion_social_para_adultos_CISO-A. A new instrument for the assessment of social phobia anxiety: The Social Interaction Questionnaire for Adults_CISO-A

- Camilli, C. y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo- conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 8(1), 115-137. Recuperado de <http://ares.unimet.edu.ve/academic/revista/anales8.1/documentos/pag-115-137.pdf>
- Caouette, J. y Guyer, A. (2014). Gaining insight into adolescent vulnerability for social anxiety from developmental cognitive neuroscience. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 8, 65–76. doi:10.1016/j.dcn.2013.10.003
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Bilbao, España: Editorial Descleé de Brouwer.
- Clauss, J. A. y Blackford, J. U. (2012). Behavioral Inhibition and Risk for Developing Social Anxiety Disorder: A Meta-Analytic Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1066–1075. doi:10.1016/j.jaac.2012.08.002
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting Style as Context: An Integrative Model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-497. doi: 10.1037/0033-2909.113.3.487
- Fullana, M., Fernández de la Cruz, L., Bulbena, A. y Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Med Clin*, 1-5. doi:10.1016/j.medcli.2011.02.017
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” (2012). *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002: Informe General*. *Anales de Salud Mental 2002*; 18(1-2), 115-127. Recuperado de

<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>

Knapp, P. y Beck, A. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 54-64. Recuperado de

https://www.researchgate.net/publication/288830124_Cognitive_Therapy_foundations_conceptual_models_applications_research

Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Fehm, L., Stein, M. B., Lieb, R., y Wittchen, H.-U. (2011). Social fear and social phobia types among community youth: Differential clinical features and vulnerability factors. *Journal of Psychiatric Research*, 45(1), 111–120. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.05.002

Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E. y Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*, 8. doi: 10.7573/dic.212573

Labrador, F. y Ballesteros, F. (2011). Efectividad de los tratamientos para la fobia social en el ámbito aplicado. *Psicothema*. 23(4), 560-565. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72722232006>

Lawrence, D., Johnson S., Hafekost, J., Boterhoven de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J. y Zubrick, S. (2015). Prevalence of mental disorders in children and adolescents: Anxiety disorders. *The Mental Health of Children and Adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing*. (p. 51-60) Department of Health, Canberra.

- Liebowitz, M., Heimberg, R., Fresco, D., Travers, J. y Stein, M. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name?. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 191-192. doi: 10.1001/archpsyc.57.2.191-a
- Minici, A., Rivadeneira, C. y Dahab, J. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. 15, 1-5. Recuperado de <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamiento-en-autoinstrucciones.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *NICE Guidelines, Mental health and behavioral conditions*. Recuperado de: <http://guidance.nice.org.uk/Topic/MentalHealthBehavioural>
- Olatunji, B. O. y Hollon, S. D. (2010). Preface: The Current Status of Cognitive Behavioral Therapy for Psychiatric Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 13–19. doi:10.1016/j.psc.2010.04.015
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Öst, L.-G., Cederlund, R. y Reuterskiöld, L. (2015). Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome? *Behaviour Research and Therapy*, 67, 19–29. doi:10.1016/j.brat.2015.02.001
- Penney, E. S. y Abbott, M. J. (2014). Anticipatory and Post-Event Rumination in Social Anxiety Disorder: A Review of the Theoretical and Empirical Literature. *Behaviour Change*, 31(02), 79–101. doi:10.1017/bec.2014.3

- Rapee, R. M. y Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756. doi:10.1016/s0005-7967(97)00022-3
- Rodríguez-Testal, J., Senín-Calderón, C. y Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical Health Psychology*. 14, 221-231. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33731525008.pdf>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Salum, G., DeSousa, D., Rosário, M., Pine, D. y Manfro, G. (2013). Pediatric anxiety disorders: from neuroscience to evidence-based clinical practice. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(1), 3-21. doi:10.1590/1516-4446-2013-S108
- Scaini, S., Belotti, R. y Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 650-656. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.002
- Schmitz, J., Krämer, M., Tuschen-Caffier, B., Heinrichs, N. y Blechert, J. (2011). Restricted autonomic flexibility in children with social phobia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1203–1211. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02417.x
- Siegel, R. S., La Greca, A. M. y Harrison, H. M. (2009). Peer Victimization and Social Anxiety in Adolescents: Prospective and Reciprocal Relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(8), 1096–1109. doi:10.1007/s10964-009-9392-1

- Sierra, J., Zubeidat, I., y Fernández, A. (2006). Factores asociados a la ansiedad y fobia social. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 6(2), 472- 527. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v6n2/10.pdf>
- Spence, S. H. y Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, 86, 50–67. doi:10.1016/j.brat.2016.06.007
- Spence, S. H., Donovan, C., y Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 211–221. doi:10.1037/0021-843x.108.2.211
- Tayeh, P., Agámez, P y Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precep SCP*, 15(1), 6-18. Recuperado de <https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/1.-Trastornos-ansiedad-1.pdf>
- Wong, Q. J. J., y Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84–100. doi:10.1016/j.jad.2016.05.069

ANEXOS

ANEXO A: Contrato Psicoterapéutico

Callao, 03 de marzo del 2018

CONTRATO PSICOTERAPÉUTICO

Los lineamientos del tratamiento terapéutico se basan en las siguientes cláusulas:

1. El **Psicoterapeuta** se compromete a proporcionar apoyo psicológico al paciente en cuanto a su padecimiento, fijando objetivos terapéuticos claros, orientándolo y asesorándolo durante el tiempo que dure el tratamiento.
El Psicoterapeuta se compromete a trabajar la información brindada bajo los principios de confidencialidad y respeto.
2. El **paciente** se compromete a realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr un cambio terapéutico, así como a asistir puntualmente a todas las citas que se programen con anterioridad

Psicoterapeuta

Paciente (menor de edad)

Nombre: Alexa Guarniz Magro

Firma: [Firma]

Firma: [Firma]

Tipo de relación o parentesco con el paciente: Vanessa

Firma: [Firma]

ANEXO B:

Anamnesis Psicológica

ANAMNESIS PSICOLOGICA

I. DATOS DE FILIACION

Apellidos y Nombres Lucía
Edad 9 años Fecha de Nac. 11 dic. 2008 Lugar Lima, Perú
Domicilio Carmen de la Laguna, Sillao - Perú
Diagnóstico Médico y/o Psicológico Fobia social (F 41.0)
Tratamiento Actual —
Medicamento —
Escolaridad
E.I. Centro Educ.
E.P. Centro Educ.
E.E. Particular Centro Educ.
Examinador Alexa Guzmán Manjarín Fecha: 02/10/18

II. PROBLEMA ACTUAL

La madre refiere que su hija suele mostrar muy ansiosa ante situaciones sociales diferentes al ámbito familiar. Tal como: si se presenta a una persona desconocida, expresar opiniones, hablar con figuras de autoridad, participar en intervenciones orales, exposiciones, leer frente a compañeros de clases. Ante estas situaciones baja el volumen de su voz para no ser escuchada, se demora en responder, habla poco, casi no mira a los ojos, se frotan o esconden las manos y pide que respondan por ella, etc. El resto la considera como una niña tímida, sumisa y "nerviosa". Asimismo se pone muy ansiosa ante las evaluaciones de desempeño como exámenes, pichas, etc.

Desde cuándo notó las dificultades? Siempre ha sido involucrada, pero desde que la cambiaron a la I.E.P. (hace 2 años) dichas conductas se han acentuado.

Qué hizo? Se informó con los demás profesores, la tutora de religión, quienes le recomendaron que ayude a un especialista referente al psicólogo de la institución escolar.

Cómo siguió? No recibió intervenciones por lo que la problemática continuó.

En la actualidad cómo se presenta la dificultad? (describir la conducta)

Hay un rechazo a participar en las actividades escolares de evaluación a un nivel público (principalmente).
Además realiza berrinches dentro del contexto familiar.

III. DATOS FAMILIARES

a) PADRES

Padre	Madre
Nombre... <u>Sauar</u>	Nombre... <u>Vanessa</u>
Edad... <u>41 años</u>	Edad... <u>34 años</u>
Ocupación... <u>Docente en Educación Sup</u>	Ocupación... <u>Ama de casa</u>
Enfermedades... <u>Ninguna significativa</u>	Enfermedades... <u>Ninguna Significativo</u>
Personalidad... <u>Exigente, perseverant</u>	Personalidad... <u>Introversa, sumisa con autoridad</u>
De no vivir con los padres con quién vive el niño?	
Motivo	
Ocupación del apoderado	

b) HERMANOS

Nombre	Edad	Ocupación	Problema
<u>Diego</u>	<u>6 años</u>	<u>Estudiante</u>	<u>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad + conductas oposicionistas.</u>

Otros miembros de la familia que viven con el niño

En la familia existen personas con trastornos mentales, retardados que presentan ataques, convulsiones, deformaciones físicas, que tienen dificultades para hablar, sordos, mudos, acentuados problemas de aprendizaje, que no asisten al colegio, que no llevan una vida normal, etc... No

c) VIDA FAMILIAR

Armonía familiar... Distorsional. Dificultad para establecer límites, o muy estrictos o muy dóciles. Para comunicación asertiva. Poca validación de las emociones de los niños. Menor nivel de estrés.

Actitud de la familia frente al problema (Padres, hermanos, otros) Ante las rabietas son para tolerantes pero ante la ansiedad social están preocupados, y con la disposición y compromiso de conseguir la mejoría.

Espectativas de la familia frente a la rehabilitación y/o re-educación... Que no pierda oportunidades de desarrollarse. Dispuestos al cambio y a intervenir tempranamente (en que ellas también necesitan su re-educación).

IV. ASPECTO HABITACIONAL

Características de la vivienda... Casa de 2 pisos y un sótano. 3 habitaciones, 2 baños, sala, cocina, comedor y patio.

V. **DESARROLLO DEL NIÑO**

Embarazo

Deseado por la madre... Si... Deseado por el padre... Si... Condiciones en que fue gestado Adecuada salud de la madre... Enfermedades ó molestias de la madre durante el embarazo Náuseas y vómitos... Embarazo no planificado, se enteró a la 8^{ava} semana... Utilizó abortivos, hierbas, métodos fisiológicos, caídas casuales o expresas No... Accidentes No... Estado emocional durante el embarazo Sensibilidad...

Parto

A los cuántos meses presentó 8 m y medio Fue normal, largo, difícil, doloroso, alguna complicación Fue por cesárea debido a la preeclampsia podálica y con doble circulación de cordón... Fue atendido por médicas y técnicos en un hospital... requirió del uso de fórceps, cirugía u otra maniobra obstétrica solo la cesárea...

Estado del Recién Nacido

Peso 2,900 Kg Talla 46 cm... Apreciación general Buen estado en general... Nació asfixiado, cianótico No... tardó en llorar al nacer? No, inmediatamente... estaba hinchado, morado, con el cordón umbilical enredado al cuello? con doble circulación, pero sacada cuidadosamente... Le dieron oxígeno? No... estuvo en incubadora? No... Qué tiempo? —... Tuvo convulsiones? No... Enfermedades que tuvo el niño desde su nacimiento Nació con leve hipotensión muscular, pero fue identificada en los 10 días antes de udó...

Primera Infancia

Estuvo hospitalizado? No... Qué tiempo? —... Motivo —...

Alimentación

Leche materna... Si... Qué tiempo? hasta 2 años... Leche artificial No... motivo —... Tipo de leche —... biberón hasta 2 años, tomado 6... Problemas intestinales No...

Motricidad

Edad en que sostuvo la cabeza 2 meses... Edad en que se sentó 6 meses... Se paró 1^{er} mes... caminó al año...

Desarrollo Fisiológico

Edad en que apareció los dientes 5 meses... controló la vejiga 2 años durante el día... Controló la evacuación intestinal Si, 2 años a Totalmente y solo 2 y medio aproximadamente...

Desarrollo Social

Edad en que reconoció a las personas no recuerda... edad en que reconoció a la madre —... dijo sus primeras palabras 9 meses y habla inteligible a los 2 años... Problemas Más inhibida ante familiares por no conocerlos. Reacciona emocionalmente ligadas al miedo. Se asustaba fácilmente ante risas fuertes por ejemplo...

VI. **DESARROLLO EN LA ACTUALIDAD**

Alimentación: Come solo o con ayuda Sola por sí misma... apetito Buena... Comidas preferidas Pastas y dulces... comidas que disgusta no resp. e...

Sueño

Duerme mucho Regular Poco Cuando duerme es tranquilo Intranquilo tiene pesadillas no tiene miedo de dormir en la oscuridad no con quién duerme *en cama propia* tiene cama propia *acaba con hermano* Hora de acostarse *10 a 11 pm* Hora de levantarse *6 am* Vestido Se viste solo o con ayuda *sola* se desviste solo o con ayuda *sola* Higiene Se lava solo o con ayuda *sola* se baña solo o con ayuda *sola* es aseado *si* es ordenado *en sus cosas pero no con el resto de la casa* Problemas Enuresis nocturna *no* Enuresis diurna *no* Funcionamiento intestinal *claro* Suele tener náuseas *a veces* vómitos *no* Se come las uñas *si (exclusivo)* Tiene Tics *no* Muecas *no* Se mete los dedos en la nariz *no* hace pataletas y berrinches *si* Motivo *manda la castigan o la dicen que haga sus cosas* Juegos Sabe jugar *si* Juega solo o con otros *preferentemente sola* a qué le gusta jugar *disfrutar cosas, leer historietas (cappi) o a arreglar del colegio* con quién prefiere jugar *sola* Ve TV *si* Tiempo *3 horas máx* Ayuda a los padres *si* en qué *hacer, pero con insistencia* Inquietudes en el área sexual *Aun no manifiesta*

VII. OBSERVACIONES

Sobre la madre *Exigente, dificultad para manejar conductas problemáticas*
 Sobre el padre *Ausente por el trabajo de L-U pero finca su mano*
 Sobre el hogar *compañado con la familia*

VIII. RESULTADO DE EXAMENES ESPECIALIZADOS

Pediátrico
 Psiquiátrico
 Neurológico
 Audiológico
 Oftalmológico
 Psicológico

..... *Vienes* *02* de *marzo* de *2018*

..... *[Signature]*

ANEXO C:

Pre- Test

**Test de Inteligencia de
Wechsler para Niños
Cuarta Edición
(WISC- IV)**

WISC-IV

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV

Nombre del niño: Lucía
Examinador: Gonzalo Manjarás Alexia

Estimación de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de evaluación	18	04	20
Fecha de nacimiento	08	12	11
Edad a la evaluación	9	08	09

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares
Diseño con cubos	40	13
Similitudes	28	14
Retención de dígitos	16	11
Conceptos con dibujos	18	11
Claves	29	6
Vocabulario	31	10
Secuencia de números y letras	13	8
Matrices	24	12
Comprensión	22	11
Matrícula de símbolos	23	11
Figuras incompletas		
Registros		
Información		
Aritmética		
Palabras en contexto (Palas)		
Suma de puntuaciones escalares		35 36 19 17 107

	Suma de 10 subpruebas	3 de Comprensión verbal	3 de Razonamiento perceptual
Suma de puntuaciones escalares	107	35	36
Número de subpruebas	+10	+3	+3
Puntuación media	10.7	11.7	12

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 95%
Comprensión verbal	35	108	70	101-114
Razonamiento perceptual	36	112	79	103-119
Memoria de trabajo	19	97	42	90-103
Velocidad de procesamiento	17	91	27	83-101
Escala Total	107	105	63	100-110

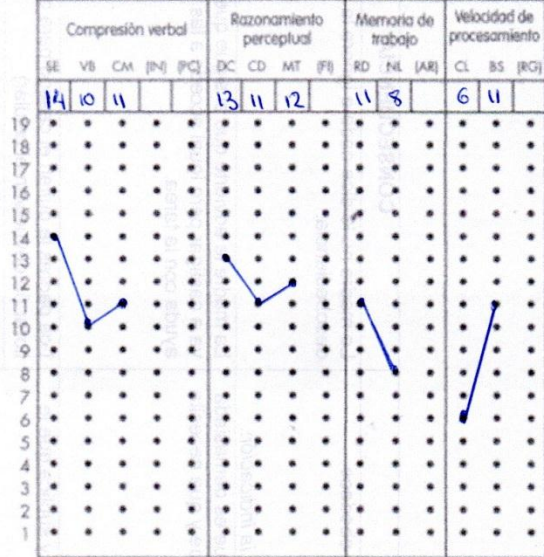
Manual Moderno
D.R. © 2007 (Reproducción)
Edición de Manuel Moderno, S.A. de C.V.
Av. Amador 280, C.A. Miquelmas, 06100
México, D.F.

Traducción y adaptación con permiso. Copyright © 2003 por
The Psychological Corporation, U.S.A. Traducción y adaptación
copyright © 2005 por The Psychological Corporation, U.S.A.
D.R. © 2007 por Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V., México.
Todos los derechos reservados.

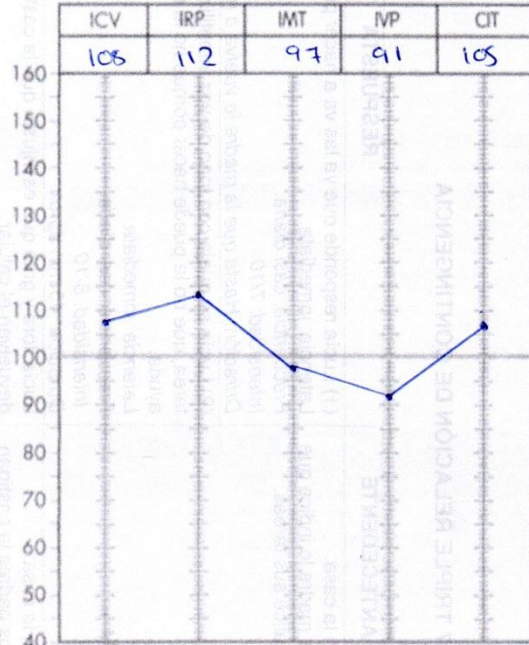
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada
en sistema alguno de recuperación o transmitida por ningún medio
—electrónico, mecánico, fotográfico, magnético, químico, o
—por cualquier otro método, sin el consentimiento escrito por escrito de la Editorial.
ISBN 978-970-24-16-0 (Formato de registro)
ISBN 978-970-24-16-1-X (Formato electrónico)

Protocolo de registro

Perfil de puntuaciones escolares de subprueba



Perfil de puntuaciones compuestas



Página de análisis

Comparaciones de discrepancia

Índice/Subprueba		Puntuación compuesta 1	Puntuación compuesta 2	Diferencia	Valor crítico	Diferencia significativa (S) o (N)	Tasa base
Nivel de Índice	ICV - IRP	ICV 108	RP 112	-4	10.6	N	-
	ICV - IMT	ICV 108	IMT 97	11	10.99	S	21.3
	ICV - IVP	ICV 108	IVP 91	17	12.12	S	14.7
	IRP - IMT	RP 112	IMT 97	15	11.38	S	17.0
	IRP - IVP	RP 112	IVP 91	21	12.47	S	8
	IMT - IVP	IMT 97	IVP 91	6	12.8	N	-
Nivel de subprueba	Retención de dígitos - Sucesión de números y letras	RD 11	NL 8	3	2.83	S	18.0
	Claves - Búsqueda de símbolos	CL 6	BS 11	-5	3.55	N	-
	Semejanzas - Conceptos con dibujos	SE 14	CD 11	3	3.36	N	-

Para comparaciones de discrepancia, consúltese los cuadros B-1, B-2, B-3 y B-4

Bases para la comparación

Marque uno:

Nuestra general

Nivel de capacidad

Nivel de significación estadística

.05

Determinación de fortalezas y debilidades

Subprueba	Puntuación escalar de subprueba	Puntuación escalar media	Diferencia de la media	Valor crítico (0.5)	Fortaleza o debilidad (F) o (D)	Tasa base
Diseño con cubos	13	10.7	2.3	3.01		
Semejanzas	14	10.7	3.3	3.01	F	5.1
Retención de dígitos	11	10.7	0.3	2.87		
Conceptos con dibujos	11	10.7	0.3	3.39		
Claves	6	10.7	-4.7	3.17	D	5.1
Vocabulario	10	10.7	-0.7	2.70		
Sucesión de números y letras	8	10.7	-2.7	2.63	D	10.1
Matrices	12	10.7	1.3	2.68		
Comprensión	17	10.7	6.3	3.44		
Búsqueda de símbolos	11	10.7	0.3	3.56		

Para fortalezas y debilidades, véase tabla B-5

Bases para la comparación

Marque uno:

Medio general

Medios de Comprensión verbal y Razonamiento perceptual

Análisis de proceso

Conversión de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba/Proceso	Puntuación natural	Puntuación escalar
Diseño con cubos sin bonificación por tiempo	38	13
Retención de dígitos orden directo	9	11
Retención de dígitos orden inverso	7	11
Registros aleatorio	29	9
Registros estructurado	23	6

Para puntuaciones escalares, consúltese Tabla A-8.

Conversión de puntuación natural a tasa base

Puntuación de proceso	Puntuación	Tasa base
Secuencia más larga de Retención de dígitos orden directo (RDD)	6	54.0
Secuencia más larga de Retención de dígitos orden inverso (RDI)	4	5.0

Para información de tasa base, consúltese el cuadro B-7.

Comparación de discrepancias

Puntuación de proceso	Puntuación natural 1	Puntuación natural 2	Diferencia	Tasa base
RDD - RDI	9	7	2	62.0

Para información de tasa base, consúltese el cuadro B-8.

Comparaciones de discrepancia

Puntuación de Subprueba/Proceso		Puntuación escalar 1	Puntuación escalar 2	Diferencia	Valor crítico (0.5)	Diferencia significativa (S) o (N)	Tasa base
Nivel de Índice	Diseño con cubos - Diseño con cubos sin bonificación por tiempo	DC 13	DCSB 11	2	3.26	N	
	Retención de dígitos orden directo - Retención de dígitos orden inverso	RDD 11	RDI 11	0	3.62	N	
	Registros aleatorio - Registros estructurado	RA 9	RE 6	3	4.40	N	

Para comparaciones de discrepancia, consúltese los cuadros B-9 y B-10.

Nivel de significación estadística

.05

1. Diseño con cubos

4 (Límite de tiempo: véase reactivo)

Inicio
Ítems 8-7: reactivo 1
Ítems 8-14: reactivo 3



Inversión
Ítems 8-14: puntuación de 0 a 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos de este subtest, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas.



Discontinúa
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



Puntuación
Reactivos 1-3: puntuación de 0, 1 o 2 puntos
Reactivos 4-6: puntuación de 0 a 4 puntos
Reactivos 7-14: puntuación de 0 a la puntuación apropiada de bonificación por tiempo
DCSB
Reactivos 1-3: puntuación de 0, 1 o 2 puntos
Reactivos 4-14: puntuación de 0 a 4 puntos

Diseño	Método de presentación	Límite de tiempo	Tiempo de terminación	Diseño correcto	Diseño construido	Puntuación
1. Examinador	Modelo	30"	2'	<input checked="" type="radio"/> N	Ensayo 1: Ensayo 2:	Base: 0 1 <input checked="" type="radio"/>
2.	Modelo	45"	2'	<input checked="" type="radio"/> N	Ensayo 1: Ensayo 2:	Base: 0 1 <input checked="" type="radio"/>
3.	Modelo y dibujo	45"	10'	<input checked="" type="radio"/> N	Ensayo 1: Ensayo 2:	Base: 0 1 <input checked="" type="radio"/>
4.	Dibujo	45"	16'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/>
5.	Dibujo	45"	6'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/>
6.	Dibujo	75"	5'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/>
7.	Dibujo	75"	14'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/>
8.	Dibujo	75"	22'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/>
9.	Dibujo	75"	38'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/> 5 6 7
10.	Dibujo	75"	29'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/> 4 5 6 7
11.	Dibujo	120"	35'	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/> 4 5 6 7
12.	Dibujo	120"	150	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/> 4 5 6 7
13.	Dibujo	120"	-	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/> 4 5 6 7
14.	Dibujo	120"	-	<input checked="" type="radio"/> N		0 <input checked="" type="radio"/> 4 5 6 7

Puntuación natural total (Máxima = 68) **110**

Diseño con cubos sin bonificación por tiempo (DCSB)
Puntuación natural total (Máxima = 50) **38**

2. Semejanzas

Inicio
Ítems 1-8: reactivos muestra, luego reactivos
Ítems 9-11: reactivos muestra, luego reactivos 3
Ítems 12-18: reactivos muestra, luego reactivos 3

Inversión
Ítems 9-11: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

Discontinuidad
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Puntuación
Reactivos 1-2: puntuación de 0 o 1
Reactivos 3-23: puntuación de 0, 1 o 2
Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
M. Rojo-Azul		
11. Leche-Agua		0 0
12. Pluma-Lápiz		0 0
3. Gato-Ratón	Los 2 son animales!	0 1 2
4. Manzana-Plátano	Son frutas	0 1 0
5. Camisa-Zapato	Son ropas	0 1 0
6. Invierno-Verano	Son estaciones	0 1 0
7. Mariposa-Abeja	Son insectos voladores	0 1 2
8. Madera-Ladrillos	Son para construir casas.	0 1 0
9. Enoja-Alegría	Son sentimientos diferentes	0 1 2
10. Poeta-Pintor	Hacen arte	0 1 2
11. Pintura-Estatua	También es arte	0 1 0
12. Montaña-Lago	Paisajes de la sierra	0 1 2
13. Hielo-Vapor	Los 2 son agua pero diferente	0 1 0
14. Codo-Rodilla	Se doblan	0 1 2
15. Mueca-Sonrisa	Se dan en la cara como gestos	0 1 0
16. Inundación-Sequía	Son contrarios, fenómenos de la naturaleza	0 1 2
17. Primero-Último	Son números extremos	0 0 2
18. Hule-Papel	No sí	0 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta señalada en el Manual de aplicación

*Nota: Se sugiere que esta sea la subprueba utilizada en caso de requerir sustitución en el ICV

Continúa

5

2. Semejanzas (continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
19. Permiso-Prohibición	Son castigos	0 1 2
20. Sal-Agua	Son elementos	0 1 2
21. Venganza-Perdón	—	0 1 2
22. Realidad-Fantasia	—	0 1 2
23. Espacio-Tiempo	—	0 1 2

Puntuación natural total
(Máxima = 44)

28

3. Retención de dígitos



Etapas 1-14:
Orden directo: reactivo 1
Orden inverso: reactivo muestra,
luego reactivo 1



Discontinuación:
Orden directo: Después de
puntuaciones de 0 en ambos
ensayos de un reactivo
Orden inverso: Después de
puntuaciones de 0 en ambos
ensayos de un reactivo



Puntuación:
Puntuación de 0 o 1 para cada ensayo
RDD & RDI
Puntuación natural total para RD en orden directo e inverso,
respectivamente
RDDI & RDII
Número de dígitos recordados en el último ensayo calificado
con 1 punto para RD en orden directo e inverso,
respectivamente

Orden directo Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
1. 2-9		0 0	0 1 0
4-6		0 0	0 1 0
2. 3-8-6		0 0	0 1 0
6-1-2		0 0	0 1 0
3. 3-4-1-7		0 0	0 1 0
6-1-5-8		0 0	0 1 0
4. 5-2-1-8-6		0 0	0 1 0
8-4-2-3-9		0 0	0 1 0
5. 3-8-9-1-7-4		0 0	0 1 2
7-9-6-4-8-3		0 1	0 1 2
6. 5-1-7-4-2-3-8		0 1	0 1 2
9-8-5-2-1-6-3		0 1	0 1 2
7. 1-8-4-5-9-7-6-3		0 1	0 1 2
2-9-7-6-3-1-5-4		0 1	0 1 2
8. 5-3-8-7-1-2-4-6-9		0 1	0 1 2
4-2-6-9-1-7-8-3-5		0 1	0 1 2

Orden inverso Ensayo	Respuesta	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo
M. 8-2			
5-6			
1. 2-1		0 0	0 1 0
1-3		0 0	0 1 0
2. 3-5		0 0	0 1 0
6-4		0 0	0 1 0
3. 2-5-9		0 0	0 1 0
5-7-4		0 0	0 1 0
4. 8-4-9-3		0 1	0 1 2
7-2-9-6		0 1	0 1 2
5. 4-1-3-5-7		0 1	0 1 2
9-7-8-5-2		0 1	0 1 2
6. 1-6-5-2-9-8		0 1	0 1 2
3-6-7-1-9-4		0 1	0 1 2
7. 8-5-9-2-3-4-6		0 1	0 1 2
4-5-7-9-2-8-1		0 1	0 1 2
8. 6-9-1-7-3-2-5-8		0 1	0 1 2
3-1-7-9-5-4-8-2		0 1	0 1 2

RDDI	Retención de dígitos en orden directo (RDD)	
Máxima=(9)	Puntuación natural total	9
6	(Máxima = 16)	

RDI	Retención de dígitos en orden inverso (RDI)	
Máxima=(8)	Puntuación natural total	7
4	(Máxima = 16)	

Puntuación natural total
(Máxima = 32)

16

6

4. Conceptos con dibujos

Inicio
Edades 6-8: reactivos muestra A y B, luego reactivo 1
Edades 9-11: reactivos muestra A y B, luego reactivo 5
Edades 12-16: reactivos muestra A y B, luego reactivo 7



Inversión
Edades 9-16: puntuación de 0 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



Discontinuación
Después de 5 puntuaciones consecutivas de 0



Puntuación
Puntuación de 0 o 1 punto
Las respuestas correctas están en un tipo de letra distinto

Reactivo	Respuesta	Puntuación
A. 1 2 3 4	NS	
B. 1 2 3 4	NS	
1. 1 2 3 4	NS	0 1
2. 1 2 3 4	NS	0 1
3. 1 2 3 4	NS	0 1
4. 1 2 3 4	NS	0 1
5. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1
6. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1
7. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1
8. 1 2 3 4	NS	0 1
9. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1
10. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1
11. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1
12. 1 2 3 4 5 6	NS	0 1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
13. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
14. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
15. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
16. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
17. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
18. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
19. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
20. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
21. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
22. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
23. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
24. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
25. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
26. 1 2 3 4 5 6 7 8 9	NS	0 1
27. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1
28. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 NS	NS	0 1

Puntuación natural total
(Máxima = 28) **18**

5. Claves

(Límite de tiempo: 120'')

Inicio
Edades 6-7: reactivos muestra de Claves A, luego reactivos de prueba
Edades 8-16: reactivos muestra de Claves B, luego reactivos de prueba



Discontinuación
Después de 120 segundos




Puntuación
Utilice la plantilla de calificación para verificar las respuestas del niño
1 punto para cada respuesta correcta


Forma	Límite de tiempo	Tiempo de terminación	Puntuación natural total
A.	120''		Máxima = 65
B.	120''	120'	Máxima = 119 29

Puntuaciones con bonificación por tiempo en ejecución perfecta para Claves A							
Tiempo en segundos	116-120	111-115	106-110	101-105	96-100	86-95	≤85
Puntuación	59	60	61	62	63	64	65


7




6. Vocabulario


Ítems
 Edades 4-6: reactivos 5
 Edades 7-11: reactivos 7
 Edades 12-16: reactivos 9


Ítems
 Edades 4-16: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos anteriores en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas


Desactivación
 Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0


Puntuación
 Reactivos 1-4: puntuación de 0 o 1 punto
 Reactivos 5-16: puntuación de 0, 1 o 2 puntos
 Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
Reactivos con dibujos		
1. Coche (auto; automóvil)		0 ①
2. Flor		0 ①
3. Tren (ferrocarril)		0 ①
4. Cubeta (balde)		0 ①
Reactivos verbales		
 5. Reloj		0 1 ②
6. Sombrilla		0 1 ②
 7. Ladrón	Alguien que roba las cosas de los demás	0 1 ②
8. Vaca	Un animal de granja	0 1 ②
 9. Sombrero	Ropa para la cabeza	0 1 ②
10. Valiente	Alguien que se atreve y no tiene miedo	0 1 ②
11. Obedecer	Hacer caso a tu mamá	0 1 ②
12. Bicicleta	Un vehículo	0 1 ②
13. Antiguo	Algo usado o viejo	0 1 ②
14. Abecedario	Letra de la A a la Z	0 ① 2
15. Remedar	Hacer o dar lo mismo que otro	0 1 ②
16. Fábula	Un cuento con enseñanza	0 1 ②
17. Emigrar	No sé	① 1 2

† Si el niño no proporciona una respuesta de 2 puntos, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.

* Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.


 Continúa

6. Vocabulario

(continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactivo	Respuesta	Puntuación
18. Isla	Un espacio que está en el agua	0 1 2
19. Absorber	Devolver algo	0 1 2
*20. Salir	Irse de un sitio	0 1 2
21. Transparente	Sin color	0 1 2
22. Molestia	Cuando alguien te molesta.	0 1 2
23. Raramente	Algo raro	0 1 2
*24. Preciso	Bien hecha	0 1 2
25. Obligar	Obligar a alguien a hacer algo	0 1 2
26. Rivalidad		0 1 2
27. Disparate		0 1 2
28. Previsión		0 1 2
*29. Afición		0 1 2
30. Arduo		0 1 2
31. Unánime		0 1 2
32. Dilatorio		0 1 2
33. Enmienda		0 1 2
*34. Inminente		0 1 2
35. Aberración		0 1 2
36. Locuaz		0 1 2

* Las respuestas que requieren interrogatorio específico se encuentran identificadas en el Manual de aplicación.

Puntuación natural total
(Máxima = 68)

31

7. Sucesión de números y letras



Inicio
Ítems 4-7: reactivos de verificación de aptitudes, reactivo muestra y después reactivo 1.
Ítems 8-10: reactivo muestra, luego reactivos 1.



Discontinúa
Discontinúa si el niño no puede responder correctamente a cualquiera de los reactivos de verificación de aptitudes o después de puntuaciones de 0 en los tres ensayos completos de un reactivo.



Puntuación
Puntuación de 0 o 1 punto para cada ensayo

Reactivos de verificación de aptitudes		Respuesta correcta		Correcto	
E-1	Enumeración	El niño cuenta hasta tres		5	N
	Abecedario	El niño dice el abecedario hasta la letra C		5	N

Reactivo	Ensayo	Respuesta correcta	Respuesta al pie de la letra	Puntuación del ensayo	Puntuación del reactivo	
M.	1. A-2	2-A	A-2	0		
	2. B-3	3-B	B-3	0		
1.	1. A-3	3-A	A-3	0	0 1 2 3	
	Si el niño responde A-3, corríjalo de inmediato como se indica en el Manual.					
	2. B-1	1-B	B-1	0		
2.	3. 2-C	2-C	C-2	0	0 1 2 3	
	1. C-4	4-C	C-4	0		
	2. 5-E	5-E	E-5	0		
3.	3. D-3	3-D	D-3	0	0 1 2 3	
	1. B-1-2	1-2-B	B-1-2	0		
	2. 1-3-C	1-3-C	C-1-3	0		
4.	3. 2-A-3	2-3-A	A-2-3	0	0 1 2 3	
	1. D-2-9	2-9-D	D-2-9	0		
	2. R-5-B	5-B-R	B-R-5	0		
Si el niño responde 5-R-B o R-B-5 diga, Recuerda decir las letras en orden.					0 1 2 3	
3. H-9-K	9-H-K	H-K-9	0			
5.	1. 3-E-2	2-3-E	E-2-3	0	0 1 2 3	
	Si el niño responde 3-2-E o E-3-2 diga, Recuerda decir los números en orden.					
	2. 9-J-4	4-9-J	J-4-9	0		
6.	3. B-5-F	5-B-F	B-F-5	0	0 1 2 3	
	1. 1-C-3-J	1-3-C-J	C-J-1-3	0		
	2. 5-A-2-B	2-5-A-B	A-B-2-5	0		
7.	3. D-8-M-1	1-8-D-M	D-M-1-8	0	0 1 2 3	
	1. 1-B-3-G-7	1-3-7-B-G	B-G-1-3-7	0		
	2. 9-V-1-T-7	1-7-9-T-V	T-V-1-7-9	0		
8.	3. P-3-J-1-M	1-3-J-M-P	J-M-P-1-3	0	0 1 2 3	
	1. 1-D-4-E-9-G	1-4-9-D-E-G	D-E-G-1-4-9	0		
	2. H-3-B-4-F-8	3-4-8-B-F-H	B-F-H-3-4-8	0		
9.	3. 7-Q-6-M-3-Z	3-6-7-M-Q-Z	M-Q-Z-3-6-7	0	0 1 2 3	
	1. 5-3-K-4-Y-1-G	1-3-4-G-K-S-Y	G-K-S-Y-1-3-4	0		
	2. 7-S-9-K-1-T-6	1-6-7-9-K-S-T	K-S-T-1-6-7-9	0		
10.	3. L-2-J-6-Q-3-G	2-3-6-G-J-L-Q	G-J-L-Q-2-3-6	0	0 1 2 3	
	1. 4-B-8-R-1-M-7-H	1-4-7-8-B-H-M-R	B-H-M-R-1-4-7-8	0		
	2. J-2-U-8-A-5-C-4	2-4-5-8-A-C-J-U	A-C-J-U-2-4-5-8	0		
Puntuación natural total (Máxima = 30)					13	

8. Matrices



Inicio
Edades 4-8: reactivos muestra A-C, luego reactivos 4
Edades 9-11: reactivos muestra A-C, luego reactivos 7
Edades 12-14: reactivos muestra A-C, luego reactivos 11



Inversión
Edades 4-14: puntuación de 0 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



Discontinuidad
Después de 4 puntuaciones consecutivas de 0 o 4 puntuaciones de 0 en cinco reactivos consecutivos



Puntuación
Puntuación de 0 o 1 punto. Las respuestas correctas están en un tipo de letra distinto

Reactivo	Respuesta	Puntuación	Reactivo	Respuesta	Puntuación	Reactivo	Respuesta	Puntuación
A. 1	2 3 4 5 NS	X	12.	1 2 3 4 5 NS	0	26.	1 2 3 4 5 NS	0
B. 1	2 3 4 5 NS		13.	1 2 3 4 5 NS	0	27.	1 2 3 4 5 NS	0
C. 1	2 3 4 5 NS		14.	1 2 3 4 5 NS	0	28.	1 2 3 4 5 NS	0
1.	1 2 3 4 5 NS	0	15.	1 2 3 4 5 NS	0	29.	1 2 3 4 5 NS	0
2.	1 2 3 4 5 NS	0	16.	1 2 3 4 5 NS	0	30.	1 2 3 4 5 NS	0
3.	1 2 3 4 5 NS	0	17.	1 2 3 4 5 NS	0	31.	1 2 3 4 5 NS	0
4.	1 2 3 4 5 NS	0	18.	1 2 3 4 5 NS	0	32.	1 2 3 4 5 NS	0
5.	1 2 3 4 5 NS	0	19.	1 2 3 4 5 NS	0	33.	1 2 3 4 5 NS	0
6.	1 2 3 4 5 NS	0	20.	1 2 3 4 5 NS	0	34.	1 2 3 4 5 NS	0
7.	1 2 3 4 5 NS	0	21.	1 2 3 4 5 NS	0	35.	1 2 3 4 5 NS	0
8.	1 2 3 4 5 NS	0	22.	1 2 3 4 5 NS	0			
9.	1 2 3 4 5 NS	0	23.	1 2 3 4 5 NS	0			
10.	1 2 3 4 5 NS	0	24.	1 2 3 4 5 NS	0			
11.	1 2 3 4 5 NS	0	25.	1 2 3 4 5 NS	0			

Puntuación natural total
(Máxima = 35) **24**

9. Comprensión



Inicio
Edades 4-8: reactivos 1
Edades 9-11: reactivos 3
Edades 12-14: reactivos 5



Inversión
Edades 9-14: puntuación de 0 o 1 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas



Discontinuidad
Después de 3 puntuaciones consecutivas de 0



Puntuación
Puntuación de 0, 1 o 2 puntos. Véase el Manual de aplicación para respuestas muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
11. Dientes		0 1 (2)
2. Verduras		0 1 (2)
3. Cinturones de seguridad	Para q. no se gal volando en un accidente	0 1 (2)
*4. Policías	Para saber que son ellos	0 1 (2)
5. Cartera	Quita a su dueño o al dueño de la tienda	0 1 (2)
6. Humo	Ausar a mi mamá para que lleve a los bebés	0 1 (2)

† Si el niño no proporciona una respuesta de 2 puntos, dé la respuesta señalada en el Manual de aplicación.

* Si el niño contesta con sólo una idea general, pida una segunda respuesta como se indica en el Manual de aplicación.

9. Comprensión (continuación)

Discontinúe después de 3 puntuaciones consecutivas de 0

Reactiva	Respuesta	Puntuación
7. Pelear	Lo digo que no se piga	0 1 2
*8. Bibliotecas	Para que las personas puedan leer	0 1 2
9. Inspeccionar	Para ver que no estén malogrados	0 1 2
10. Ejercicio	Para tener energía y mejor salud	0 1 2
11. Disculpase	Para que sepa que lo siento	0 1 2
*12. Luces	Para que se no se gaste energía y ahorrar	0 1 2
13. Derechos de autor	No sí	0 1 2
14. Promesa	Para saber más	0 1 2
*15. Médicos	No se	0 1 2
*16. Periódico		0 1 2
*17. Libertad de expresión		0 1 2
*18. Propietaria		0 1 2
19. Estampillas		0 1 2
*20. Comunicación		0 1 2
*21. Ciencia y tecnología		0 1 2

* Si el niño contesta con sólo una idea general, pida una segunda respuesta como se indica en el Manual de aplicación.

Puntuación natural total
(Máxima = 42)

22

10. Búsqueda de símbolos

(Límite de tiempo: 120'')

Inicio
Edades 6-7: reactivos muestra de Búsqueda de símbolos A, reactivos de práctica, después reactivos de prueba
Edades 8-16: reactivos muestra de Búsqueda de símbolos B, reactivos de práctica, después reactivos de prueba

Discontinúa
Después de 120 segundos

Puntuación
Utilice la plantilla de calificación para verificar las respuestas del niño. Reste el número de respuestas incorrectas del número de correctas. Si la puntuación natural total es ≤ 0, registre 0

120'

Tiempo de terminación

31

Número de respuestas correctas

8

Número de respuestas incorrectas

23

Puntuación natural total
[Edades 6-7: máxima = 35]
[Edades 8-16: máxima = 60]

11. Figuras incompletas

(Límite de tiempo: 20'')

Inicio
Edades 6-8: reactivo muestra, luego reactivo 1
Edades 9-11: reactivo muestra, luego reactivo 5
Edades 12-16: reactivo muestra, luego reactivo 10

Inversión
Edades 9-16: puntuación de 8 en cualquiera de los dos primeros reactivos dados, aplique los reactivos en orden inverso hasta obtener dos puntuaciones consecutivas perfectas

Discontinúa
Después de 6 puntuaciones consecutivas de 0

Puntuación
Puntuación de 0 o 1
Véase el Manual de aplicación para reactivos muestra

Reactivo	Respuesta	Puntuación
M. Lápiz		
1. Zorro	0	1
2. Chaqueta	0	1
3. Gato	0	1
4. Espejo	0	1
5. Hoja	0	1
6. Campana	0	1
7. Mano	0	1
8. Salto	0	1
9. Escalera	0	1
10. Cara de mujer	0	1
11. Cinturón	0	1
12. Hombre	0	1
13. Mueble	0	1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
14. Puerta	0	1
15. Tijeras	0	1
16. Reloj	0	1
17. Foco	0	1
18. Silbato	0	1
19. Bicicletas	0	1
20. Cerdo	0	1
21. Dado	0	1
22. Pelota	0	1
23. Banda	0	1
24. Bicicleta	0	1
*25. Naranja	0	1
26. Perfil	0	1
27. Arbol	0	1

Reactivo	Respuesta	Puntuación
28. Punte	0	1
29. Sombrilla	0	1
30. Supermercado	0	1
31. Tina	0	1
32. Enrejado	0	1
33. Termómetro	0	1
34. Pez	0	1
35. Casa	0	1
36. Agua	0	1
37. Familia	0	1
38. Zapato	0	1

Puntuación natural total
(Máxima = 38)

† Si el niño no proporciona una respuesta de 1 punto, dé la respuesta indicada en el Manual de aplicación.
* Las respuestas que requieren interrogatorio específico están identificadas en el Manual de aplicación.

12. Registros

(Límite de tiempo: 45'')

Inicio
Edades 6-16: reactivos muestra, reactivos de práctica, después reactivo 1

Discontinúa
Después de 45 segundos para cada reactivo

Puntuación
Utilice la plantilla de calificación para verificar las respuestas del niño. Reste el número de respuestas incorrectas del número de correctas. Si la puntuación natural total es ≤ 0, registre 0. RA y RE: puntuación natural total para los reactivos 1 y 2, respectivamente.

Reactivo	Límite de tiempo	Tiempo de terminación	Número de respuestas correctas	Número de respuestas incorrectas	Diferencia	Puntos de bonificación	Puntuación natural total
1. Aleatoria	45''					Máxima = 4	RA Máxima = 68
2. Estructurada	45''					Máxima = 4	RE Máxima = 68

Puntos de bonificación por tiempo						
Si el niño termina un reactivo antes de 45 segundos y la diferencia es ≥ 60, otorgue puntos de bonificación						
Tiempo en segundos	45	40-44	35-39	30-34	0-29	
Puntos de bonificación	0	1	2	3	4	

Puntuación natural total
(Máxima = 136)

Claves
Parte B

1	2	3	4	5	6	7	8	9
÷)	+	┌	└	∨	(÷	┌

MUESTRA																				
2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3
)	÷	┌	∨	+	└)	÷	+	┌)	÷	+	┌	+	┌	÷)	+	÷	┌
1	2	5	1	3	1	5	4	2	7	4	6	9	2	5	8	4	7	6	1	8
÷)	└	÷	+	┌	┌)	(┌	∨	┌)	└	└						
7	5	4	8	6	9	4	3	1	8	2	9	7	6	2	5	8	7	3	6	4
5	9	4	1	6	8	9	3	7	5	1	4	9	1	5	8	7	6	9	7	8
2	4	8	3	5	6	7	1	9	4	3	6	2	7	9	3	5	6	7	4	5
2	7	8	1	3	9	2	6	8	4	1	3	2	6	4	9	3	8	5	1	8

29

B6

\ominus	\oplus	\cong	\uparrow	\ominus	\approx	\perp	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO
\vdash	\perp	\vdash	\uparrow	$>$	\cup	\otimes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO
\cup	\cup	\Rightarrow	\perp	\neq	\oplus	\forall	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\otimes	\sim	\neq	\otimes	\cup	\neq	\ominus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO
\neq	\uparrow	\neq	\approx	\subset	\perp	\rightarrow	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\forall	\forall	\sim	\cup	\cong	\neq	\approx	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\approx	\subset	\cup	\cup	\perp	\rightarrow	\rightarrow	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\neq	\sim	\neq	\ominus	\uparrow	\subset	\sim	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\square	\neq	\forall	\subset	\uparrow	\forall	\cup	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\oplus	\sim	\neq	\perp	\subset	\oplus	\perp	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\neq	\forall	\forall	\neq	\forall	\neq	\neq	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\Rightarrow	\rightarrow	\neq	\cong	\cup	\sim	\leq	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\subset	\perp	\vdash	\neq	\forall	\neq	\approx	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\Rightarrow	\otimes	\oplus	\otimes	\neq	\perp	\rightarrow	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO
\perp	\neq	\neq	\perp	\rightarrow	\perp	\rightarrow	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NO

$\frac{15}{0}$ $\frac{0}{1}$

\square	\sim	\cup	\Re	\neq	\cup	\vdash	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\ominus	\otimes	\Leftrightarrow	\ominus	\boxplus	\vdash	\cup	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neg	\parallel	\sim	\perp	\parallel	\neg	\emptyset	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\otimes	\neq	\Leftrightarrow	\otimes	\pm	\neq	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\rightarrow	\sim	\supset	\rightarrow	\perp	\rightarrow	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\forall	\neq	\neq	\otimes	\neq	\vdash	\supset	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\rightarrow	\rightarrow	\neq	\rightarrow	\Leftrightarrow	\emptyset	\rightarrow	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\supset	\neq	\neq	\cup	\neq	\neq	\rightarrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input checked="" type="checkbox"/> NO
\supset	\rightarrow	\Re	\neg	\cup	\cup	\rightarrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\rightarrow	\neq	\neq	\Re	\sim	\neq	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neq	\neq	\vdash	\perp	\neq	\neq	\rightarrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\Re	\emptyset	\Re	\supset	\neq	\neg	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neq	\subset	\supset	\perp	\parallel	\neg	\supset	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
\neq	\neq	\neq	\neq	\square	\neq	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input checked="" type="checkbox"/> NO
\supset	\neq	\neq	\vdash	\neq	\neg	\supset	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

$\frac{12}{C}$ $\frac{3}{I}$

B8

\neq	\sim	\neq	\otimes	\neq	\rightarrow	\neq	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	X
\sim	\oplus	\oplus	\perp	\perp	\sim	\rightarrow	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\rightarrow	\leftrightarrow	\rightarrow	\rightarrow	\rightarrow	\neq	\square	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	X
\supset	\leftrightarrow	\leftrightarrow	\sim	\perp	\supset	\leftrightarrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	X
\sim	\neq	\neq	\neq	\neq	\neq	\cdot	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\supset	\neq	\otimes	\neq	\supset	\supset	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\perp	\rightarrow	\neq	\rightarrow	\perp	\neq	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input checked="" type="checkbox"/> NO	X
\otimes	\rightarrow	\oplus	\neq	\rightarrow	\rightarrow	\oplus	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	X
\cup	\neq	\neq	\neq	\neq	\supset	\cup	<input checked="" type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\neq	\perp	\perp	\neq	\perp	\neq	\rightarrow	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\neq	\neq	\square	\neq	\neq	\supset	\sim	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\supset	\neq	\supset	\supset	\supset	\neq	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\perp	\perp	\neq	\perp	\neq	\perp	\perp	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\neq	\leftrightarrow	\neq	\neq	\perp	\perp	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	
\supset	\neq	\neq	\neq	\neq	\perp	\neq	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	

$\frac{4}{c}$ $\frac{5}{T}$

Inventario de Personalidad de Eysenk- Forma A

INVENTARIO DE PERSONALIDAD - EYSENCK Y EYSENCK

HOJA DE RESPUESTAS

Apellidos y Nombres: Lucia
 Lugar de Nac.: Lima, Perú Fecha de Nac.: 11-12-08 Edad: 9 años
 Grado o Año de Estudios: 4^{to} grado de Primaria Fecha de hoy: 08-03-18

Ψ	SI	NO		SI	NO		SI	NO	Ψ		
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	1.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	21.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	41.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mami apoya	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	2.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	22.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	42.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	23.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	43.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Casa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	24.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	44.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Más o menos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	5.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	25.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	45.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces compañía en el recreo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	6.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	26.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	46.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
"A veces me divierte"	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	7.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	27.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	47.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	8.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	28.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	48.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	9.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	29.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	49.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
A veces quiero estar como anciano	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	10.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	30.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	50.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	11.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	31.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	51.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	12.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	32.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	52.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Festivas, pero a veces no, pero a veces aguantó	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	13.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	33.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	53.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	14.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	34.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	54.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
A veces oculto mis expresiones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	15.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	35.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	55.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	16.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	36.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	56.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	17.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	37.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	57.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	18.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	38.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	58.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	19.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	39.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	59.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	20.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	40.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	60.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

N: (11) E: (5) L: (5)

Altamente Introverso
 Ambivertido

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

9: Ausencia

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE.....Lucía..... EDAD..... 10 años
FECHA DE NACIMIENTO.....11-12-08..... FECHA DE HOY..... 08-03-18
GRADO..... 4to..... COLEGIO.....

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, que has pensado en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**; luego coloca una marca como ésta "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta o incorrecta, solo trata de contestar, con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

..... Siempre leo libros
..... Algunas veces leo libros
..... Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

Recuerda marca la oración que mejor diga como has estado en las últimas **DOS SEMANAS**.

- 1) Rara vez me siento triste
..... Muchas veces me siento triste
..... Me siento triste todo el tiempo
- 2) Nada me va a salir bien
..... No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
..... Las cosas me van a salir bien

- 3) Hago la mayoría de las cosas bien
 Hago muchas cosas mal
 Todo lo hago mal
- 4) Muchas cosas me divierten
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
- 5) Soy malo todo el tiempo
 Soy malo muchas veces
 Rara vez soy malo
- 6) Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas
 Me preocupa que puedan pasarme cosas malas *-examens* 1
 Estoy seguro que me pasaran cosas terribles
- 7) Me odio a mí mismo
 No me gusta a mí mismo
 Me gusta a mí mismo
- 8) Tengo la culpa de todas las cosas malas
 Tengo la culpa de muchas cosas malas
 Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- 9) No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme
- 10) Siento ganas de llorar todos los días
 Muchos días me dan ganas de llorar
 Rara vez siento ganas de llorar
- 11) Las cosas me molestan todo el tiempo
 Las cosas me molestan muchas veces *que cojan sus cosas* 1
 Rara vez algo me molesta
- 12) Me gusta estar con otras personas
 Muchas veces no me gusta estar con otras personas 1
 Yo no quiero estar con otras personas
- 13) No puedo decidirme por algo
 Es difícil para mí decidirme por algo 1
 Me decido fácilmente por algo
- 14) Me veo bien
 Hay algunas cosas malas en mi apariencia
 Me veo horrible
- 15) Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mi tareas del colegio
 Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio 1
 Hacer mis tareas del colegio no es gran problema

- 16) Todas las noches tengo problemas para dormir
 Varias noches tengo problemas para dormir
 Duermo muy bien
- 17) Rara vez me siento cansado
 Muchos días me siento cansado
 Todo el tiempo me siento cansado
- 18) La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Varios días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
- 19) No me preocupan dolores ni enfermedades
 Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
 Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades
- 20) No me siento solo
 Muchas veces me siento solo
 Todo el tiempo me siento solo
- 21) Nunca me divierto en el colegio
 Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
 Muchas veces me divierto en el colegio
- 22) Tengo muchos amigos
 Tengo algunos amigos pero quisiera tener mas
 No tengo amigos
- 23) Mi rendimiento en el colegio es bueno
 Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
 Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien
- 24) Nunca podré ser tan bueno como los otros niños
 Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera
 Soy tan bueno como otros niños
- 25) nadie me quiere realmente
 No estoy seguro si alguien me quiere
 Estoy seguro que hay personas que me quieren
- 26) Generalmente hago caso en lo que me dicen
 Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
 Nunca hago caso en lo que me dicen
- 27) Me llevo bien con los demás
 Muchas veces me peleo con los demás
 Todo el tiempo me peleo con los demás

"Soy es mi mejor amigo" 1

q. Ausencia

FIN

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

23 pts: MARCADO

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: Lucia [redacted]

Edad 9 años

Grado de Instrucción 4^{to} Primaria

Fecha: 08-03-18

INSTRUCCIONES:

Aquí hay algunas preguntas de la manera como te sientes y comportas: Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras. NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE. Marca con un aspa cada una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o comportas. Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. ASEGÚRATE DE NO DEJAR DE RESPONDER CADA PREGUNTA.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Estoy intranquilo(a) por cualquier motivo <u>colegio</u>			✓
2. Mi corazón late muy rápido. <u>exposiciones y examen</u>		✓	
3. Tengo cólera por cualquier motivo. <u>cuando hacen desorden o rompen sus cosas</u>		✓	
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar	✓		
5. Tengo ganas de llorar. <u>En casa o cuando saca baja nota</u>			✓
6. Tengo dolores o sensaciones de presión en el pecho. <u>dolor no pero sí agitación</u>		✓	
7. Tengo pesadillas.		✓	
8. Siento miedo a varias cosas. <u>arañones, insectos, arañas, oscuridad</u>			✓
9. Me siento débil y me canso fácilmente	✓		
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso (a). <u>saco rangos o entro con la voz</u>		✓	
11. Siento que me ahogo. <u>no ahogo pero sí que respiro muy rápido</u>		✓	
12. Me altero o me angustio fácilmente.			✓
13. Orino con mucha frecuencia.		✓	

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN TEMENTE
14. Frecuentemente tengo dolores de estomago.	✓		
15. Tengo nauseas continuamente		✓	
16. Me rechinan los dientes.	✓		
17. La cara se me pone roja y caliente.		✓	
18. Me muerdo las uñas. <i>examen</i>		✓	
19. Me transpiran las manos y los pies.		✓	
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.			✓
21. Tengo frecuentemente más apetito de lo normal.	✓		
22. Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas. <i>cuanto tengo evaluaciones en público</i>			✓
23. Pierdo el apetito cuando estoy nervioso (a).		✓	
24. Me duele la cabeza constantemente.	✓		
25. Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan.		✓	
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié. <i>me cuesta concentrarme</i>		✓	

23 pts

Categoría: **MARCADO**
niveles de ansiedad

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION

ANEXO D: Registro de Incentivos, Economía de Fichas y Coste de Respuesta

ANEXO D.1

Sesión 4. Economía de fichas.

ECONOMÍA DE FICHAS

SEMANA Nº 1						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse	4	4	0	4	4	16

SEMANA Nº 2						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse	4	4	4	4		
2. Vaciar la lonchera al llegar del colegio						

Sesión 4. Registro de incentivos y Coste de Respuesta.

REGISTRO DE INCENTIVOS				
Semana Nº	Incentivos	Puntaje Mínimo	Puntaje Total	Puntaje Obtenido
1	Pasear en familia y escoger la comida	16 pts	20 pts	16
2	Preparar un postre	32 pts	40 pts	
3	Esmalte de uñas con brillo	48 pts	60 pts	
4	Muñeca LOL	64 pts	80 pts	

COSTE DE RESPUESTA		
O pts:	Semana Nº	Total de horas obtenidas
Una menos de uso del celular al día	1	1 hora
	2	
	3	
	4	

ANEXO D.2

Sesión 5. Economía de fichas

ECONOMÍA DE FICHAS

SEMANA Nº 1						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse	4	4	0	4	4	16

SEMANA Nº 2						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse	4	4	4	4	4	20
2. Vaciar la lonchera al llegar del colegio						

t
↓
36

ECONOMÍA DE FICHAS

SEMANA Nº 3						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse	4	4	0			
2. Vaciar la lonchera al llegar del colegio						
3. Lavar su plato del almuerzo						

Sesión 5. Registro de incentivos y Coste de respuesta

REGISTRO DE INCENTIVOS				
Semana Nº	Incentivos	Puntaje Mínimo	Puntaje Total	Puntaje Obtenido
1	Pasear en familia y escoger la comida	16 pts	20 pts	16
2	Preparar un postre	32 pts	40 pts	20
3	Esmalte de uñas con brillo	48 pts	60 pts	
4	Muñeca LOL	64 pts	80 pts	

→ 36

COSTE DE RESPUESTA		
O pts:	Semana Nº	Total de horas obtenidas
Una menos de uso del celular al día	1	1 hora
	2	0 horas
	3	
	4	

ANEXO D.3

Sesión 6. Economía de fichas

ECONOMÍA DE FICHAS

SEMANA Nº 3						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse						
2. Vaciar la lonchera al llegar del colegio	4	4	0	4	4	52
3. Lavar su plato del almuerzo						

SEMANA Nº 4						
Conductas deseadas	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Total
1. Tender la cama al levantarse						
2. Vaciar la lonchera al llegar del colegio	4	4	4	4	0	68
3. Lavar su plato del almuerzo						
4. Dar de comer a Luna (la mascota)						

Sesión 6. Registro de Incentivos y Coste de respuesta

REGISTRO DE INCENTIVOS				
Semana Nº	Incentivos	Puntaje Mínimo	Puntaje Total	Puntaje Obtenido
1	Pasear en familia y escoger la comida	16 pts	20 pts	16
2	Preparar un postre	32 pts	40 pts	20
3	Esmalte de uñas con brillo	48 pts	60 pts	52
4	Muñeca LOL	64 pts	80 pts	68

→ 36

COSTE DE RESPUESTA		
O pts:	Semana Nº	Total de horas obtenidas
Una menos de uso del celular al día	1	1 hora
	2	0 horas
	3	1 hora
	4	1 hora

ANEXO E:

Post- Test

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

3. Ausencia

CUESTIONARIO (CDI)

NOMBRE Lucie EDAD 9 años
FECHA DE NACIMIENTO 11-12-08 FECHA DE HOY 10-03-18
GRADO 4^{to} COLEGIO

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge de cada grupo una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido, que has pensado en las **ULTIMAS DOS SEMANAS**; luego coloca una marca como ésta "X" en la línea de puntos que está al costado de la oración que eliges.

No hay respuesta correcta o incorrecta, solo trata de contestar, con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti.

Aquí tienes un ejemplo. Trata de contestar poniendo una "X" al costado de la oración que sea cierta para ti.

Ejemplo:

- Siempre leo libros
- Algunas veces leo libros
- Nunca leo libros

Muy bien, ahora comienza a contestar.

Recuerda marca la oración que mejor diga como has estado en las últimas **DOS SEMANAS**.

- 1) Rara vez me siento triste
..... Muchas veces me siento triste
..... Me siento triste todo el tiempo
- 2) Nada me va a salir bien
..... No estoy seguro si las cosas me van a salir bien
 Las cosas me van a salir bien

- 3) Hago la mayoría de las cosas bien
 Hago muchas cosas mal
 Todo lo hago mal
- 4) Muchas cosas me divierten
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
- 5) Soy malo todo el tiempo
 Soy malo muchas veces
 Rara vez soy malo
- 6) Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas
 Me preocupa que puedan pasarme cosas malas
 Estoy seguro que me pasaran cosas terribles
- 7) Me odio a mí mismo
 No me gusto a mí mismo
 Me gusto a mí mismo
- 8) Tengo la culpa de todas las cosas malas
 Tengo la culpa de muchas cosas malas
 Generalmente no tengo la culpa de las cosas malas
- 9) No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme
- 10) Siento ganas de llorar todos los días
 Muchos días me dan ganas de llorar
 Rara vez siento ganas de llorar
- 11) Las cosas me molestan todo el tiempo
 Las cosas me molestan muchas veces
 Rara vez algo me molesta
- 12) Me gusta estar con otras personas
 Muchas veces no me gusta estar con otras personas
 Yo no quiero estar con otras personas
- 13) No puedo decidirme por algo
 Es difícil para mí decidirme por algo
 Me decido fácilmente por algo
- 14) Me veo bien
 Hay algunas cosas malas en mi apariencia
 Me veo horrible
- 15) Todo el tiempo me cuesta mucho esfuerzo hacer mi tareas del colegio
 Muchas veces me cuesta mucho esfuerzo hacer mis tareas del colegio
 Hacer mis tareas del colegio no es gran problema

- 16)Todas las noches tengo problemas para dormir
Varias noches tengo problemas para dormir
 ✓.....Duermo muy bien
- 17) ✓.....Rara vez me siento cansado
Muchos días me siento cansado
Todo el tiempo me siento cansado
- 18).....La mayoría de los días no tengo ganas de comer
Varios días no tengo ganas de comer
 ✓.....Como muy bien
- 19) ✓..... No me preocupan dolores ni enfermedades
 Muchas veces me preocupan dolores y enfermedades
 Todo el tiempo me preocupan dolores y enfermedades
- 20).....No me siento solo
Muchas veces me siento solo
 ✓..... Todo el tiempo me siento solo
- 21) ✓..... Nunca me divierto en el colegio "Somos Sahau"
Solo de vez en cuando me divierto en el colegio
Muchas veces me divierto en el colegio
- 22) ✓.....Tengo muchos amigos
Tengo algunos amigos pero quisiera tener mas
No tengo amigos
- 23) ✓.....Mi rendimiento en el colegio es bueno
Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes
Estoy mal en cursos en los que antes estaba bien
- 24)Nunca podré ser tan bueno como los otros niños
 ✓.....Puedo ser tan bueno como otros niños si yo quisiera
Soy tan bueno como otros niños
- 25)nadie me quiere realmente
No estoy seguro si alguien me quiere
 ✓.....Estoy seguro que hay personas que me quieren
- 26) ✓.....Generalmente hago caso en lo que me dicen
Muchas veces no hago caso en lo que me dicen
Nunca hago caso en lo que me dicen
- 27) ✓.....Me llevo bien con los demás
Muchas veces me peleo con los demás
Todo el tiempo me peleo con los demás

FIN

3 AUSENCIA

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Gpts: NORMAL

Lista de Chequeo Conductual de la Ansiedad en Niños

Nombre: Lucía

Edad: 9 años

Grado de Instrucción: 4º Primaria

Fecha: 10-03-18

INSTRUCCIONES:

Aquí hay algunas preguntas de la manera como te sientes y comportas: Después de cada pregunta puedes ver que hay palabras. NUNCA, ALGUNAS VECES, FRECUENTEMENTE. Marca con un aspa cada una de ellas, de acuerdo como te sientes, piensas o comportas. Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta. ASEGÚRATE DE NO DEJAR DE RESPONDER CADA PREGUNTA.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE
1. Estoy intranquilo(a) por cualquier motivo "no cualquier motivo"	✓		
2. Mi corazón late muy rápido. "pero es normal"		✓	
3. Tengo cólera por cualquier motivo.	✓		
4. Me desmayo o siento que me voy a desmayar	✓		
5. Tengo ganas de llorar.		✓	
6. Tengo dolores o sensaciones de presión en el pecho.	✓		
7. Tengo pesadillas.	✓		
8. Siento miedo a varias cosas.		✓	
9. Me siento débil y me canso fácilmente	✓		
10. Me tiemblan las manos o los pies cuando estoy nervioso (a).	✓		
11. Siento que me ahogo.	✓		
12. Me altero o me angustio fácilmente.		✓	
13. Orino con mucha frecuencia.	✓		

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN TEMENTE
14. Frecuentemente tengo dolores de estomago.	✓		
15. Tengo nauseas continuamente	✓		
16. Me rechinan los dientes.	✓		
17. La cara se me pone roja y caliente. "A veces, pero ya muy poco"		✓	
18. Me muerdo las uñas. "casi nunca"		✓	
19. Me transpiran las manos y los pies.	✓		
20. Pienso que me va a ir mal en la escuela, soy pesimista.	✓		
21. Tengo frecuentemente más apetito de lo normal.	✓		
22. Frecuentemente pienso que me van a pasar cosas malas.	✓		
23. Pierdo el apetito cuando estoy nervioso (a).	✓		
24. Me duele la cabeza constantemente.	✓		
25. Creo que los otros niños se burlan de mí, aunque no me lo digan. "No se sabe igual no tiene nada de malo"	✓		
26. Cuando rindo un examen me olvido de lo que estudié. "A veces me cuesta acordarme pero no lo olvido"	✓		

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION