



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA  
ESPECÍFICA**

**Línea de investigación:**

**Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad  
Profesional en Terapia cognitivo conductual

**Autora:**

Inga Villanueva, Denise Pilar

**Asesor:**

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-091-9808

**Jurado:**

Magallanes Ramirez, Olga

Ventura Carlos, David

La RosaMendoza, Ana Maria

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Inga, V. (2022). *Intervención cognitiva conductual en un caso de fobia específica* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6070>



**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 generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

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



## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

### INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN CASO DE FOBIA ESPECÍFICA

**Línea de investigación: Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad  
Profesional en Terapia cognitivo conductual

Autor (a)

Inga Villanueva, Denise Pilar

Asesor (a)

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-091-9808

Jurado

Magallanes Ramirez, Olga

Ventura Carlos, David

La Rosa Mendoza, Ana Maria

Lima- Perú

2022

## **Pensamientos**

“Si nuestro pensamiento es sencillo y claro, estamos mejores equipados para alcanzar nuestras metas”.

Aaron Beck

“Todos tenemos una reserva de fuerza interior insospechada que surge cuando la vida nos pone a prueba”.

Isabel Allende

### **Dedicatoria**

A mis abuelos Luz Alvina y Gaudencio, por ser ejemplo de integridad personal y resiliencia.

A mi madre Tuda, por brindarme su amor y fuerza que me acompañan en la montaña rusa de la vida.

### **Agradecimientos**

A los docentes de la segunda especialidad de Terapia Cognitivo conductual por compartir sus conocimientos y guiarme en todo el proceso de la especialidad.

Al Mg. Orlando Del Rosario Pacherres, mi asesor por su experticia, dedicación y paciencia.

A mi familia y amigos, por su apoyo incondicional y motivación para realizar mi caso clínico.

## Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes Nacionales	15
1.2.2 Antecedentes Internacionales	16
1.2.3 Fundamentación Teórica	18
1.3 Objetivos	30
1.4 Justificación	30
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	31
II. Metodología	32
Tipo y diseño de Investigación	32
Ámbito temporal y espacial	32
Variables de Investigación	32
Variable independiente	32
Variable dependiente	33
Participante	34

Evaluación Psicológica (Caso clínico Psicológico)	34
:	
Observación Psicológica	34
: Entrevista (antecedentes históricos o anamnesis)	37
: Instrumentos Psicológicos aplicados	45
: Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones (para el usuario o paciente y familia)	51
Intervención	53
Plan de intervención	53
Objetivos terapéuticos	58
Programa de intervención	58
III. Resultados	70
: Resultados pre y post intervención	70
: Discusión de Resultados	73
Seguimiento	74
IV. Conclusiones	74
V. Recomendaciones	75
VI. Referencias	
VII. Anexos	



## Índice de tablas

N°	Titulo	Pág.
1	Criterios diagnósticos de los distintos trastornos de ansiedad .	19
2	Línea base : frecuencia de pensamientos negativos del usuario	54
3	Línea base : registro de emociones negativas según frecuencia	54
4	Línea base : registro de conducta según frecuencia	55
5	Análisis funcional	57
6	Primera sesión de la etapa informativa	59
7	Segunda sesión para lograr el objetivo N° 2	60
8	Tercera sesión para lograr el objetivo N° 2	61
9	Cuarta sesión para lograr el objetivo N° 3	62
10	Quinta sesión para lograr el objetivo N° 3	63
11	Sexta sesión para lograr el objetivo N° 4	64
12	Séptima sesión para lograr el objetivo N° 5	65
13	Octava sesión para lograr el objetivo N° 5	66
14	Novena sesión para lograr el objetivo N° 6-7	67
15	Decima sesión para lograr el objetivo N° 6-7	68
16	Onceava sesión de la fase de cierre	69
17	Resultados pre y post intervención de las emociones	70
18	Resultados pre y post intervención de los pensamientos distorsionados	71
19	Resultados pre y post intervención de las conductas	72

**Índice de figuras**

<b>N°</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Comparación de los resultados de las emociones	70
2	Comparación de los resultados de los pensamientos distorsionados	71
3	Comparación de los resultados de las conductas	72

## Resumen

El presente caso es de un niño de 9 años con fobia específica utilizando la terapia cognitiva conductual, teniendo Como objetivo Disminuir los síntomas de la fobia específica en un niño de 9 años, aplicando un programa de modificación de conducta. Los instrumentos para recolectar los datos son entrevista, línea base, auto registros, análisis funcional y diagnóstico funcional , Escala de Personalidad de Eysenck Forma A , la escala de ansiedad manifiesta en niños(revisada) CMAS-R, y el inventario de temores infantiles ( anicama) Se emplea el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos irracionales desencadenantes de emociones intensas de ansiedad , miedo y Conductas evitativas, para lo cual se realizó 11 sesiones aplicando técnicas cognitivas conductuales como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y desensibilización sistemática en imaginación. Obteniendo como resultado una reducción significativa de la sintomatología fóbica que activaban la conducta evitativa.

*Palabras clave:* fobia específica, terapia cognitivo-conductual, análisis funcional

## **Abstract**

The present case is of a 9-year-old boy with a specific phobia using cognitive behavioral therapy, with the objective of reducing the symptoms of specific phobia in a 9-year-old boy, applying a behavior modification program. The instruments to collect the data are interview, baseline, self-registration, functional analysis and functional diagnosis, Eysenck Personality Scale Form A, the manifest anxiety scale in children (revised) CMAS-R, and the inventory of childhood fears (anicama) The univariate multiconditional ABA design is used, in order to restructure the irrational thoughts that trigger intense emotions of anxiety, fear and avoidance behaviors, for which 11 sessions were carried out applying cognitive behavioral techniques such as psychoeducation, training in relaxation techniques, cognitive restructuring, social skills and systematic desensitization in imagery. Obtaining as a result a significant reduction in phobic symptoms that activated avoidance behavior.

*Keywords:* specific phobia, cognitive-behavioral therapy, functional analysis

## I. Introducción

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas emocionales y de comportamiento que con más frecuencia se presentan en la niñez y adolescencia. Las situaciones ansiógenas tales como el inicio del colegio, mudanzas o la pérdida de algún familiar. Por otro lado, las fobias específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el usuario evitar la situación fóbica.

Para poder diagnosticar la fobia específica se debe tener en cuenta los criterios del CIE-10, Las cuales se presentan como un temor significativo y duradero, excesivo o irracional, guiado por la presencia o anticipación reales de un objeto o situación específicos. La exposición al estímulo fóbico o pensar en el estímulo provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad. Un diagnóstico de fobia específica requiere que la persona reconozca que el temor es excesivo o irracional. La situación fóbica por lo general se evita, pero puede ser tolerada con angustia intensa. Esta evasión o angustia interfiere con las actividades rutinarias, laborales (o académicas), funcionales y sociales normales del individuo.

Kessler et al. (2005) citado por Da Silva (2019), menciona que hay una prevalencia a lo largo de la vida del 12,5%, situándola que dentro de los trastornos de ansiedad la fobia específica es una de las más comunes. Se dividen en cuatro subtipos: situacional, animal y sangre. Por otro lado, el ambiental y animal son las prevalentes dentro de una población.

Por ello, en el presente estudio, se describe la intervención del tratamiento cognitivo conductual en el caso de un niño de 9 años que presenta fobia específica, teniendo Como objetivo Disminuir la sintomatología fóbica. Para el procedimiento de recolección de datos se realizó la elaboración de la historia clínica, línea base, auto registros, análisis funcional y

diagnostico funcional bajo el modelo cognitivo conductual también se realizó la aplicación de pruebas psicométricas como, Escala de Personalidad de Eysenck Forma A , la escala de ansiedad manifiesta en niños(revisada) CMAS-R, y el inventario de temores infantiles (anicama). Se empleó el diseño univariable multicondicional ABA, con la finalidad de reestructurar los pensamientos irracionales desencadenantes de emociones intensas de ansiedad, miedo y Conductas evitativas, para lo cual se realizó 11 sesiones aplicando técnicas cognitivas conductuales como psicoeducación, entrenamiento en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y desensibilización sistemática en imaginación. Obteniendo como resultado una reducción significativa de la sintomatología fóbica que activaban la conducta evitativa.

A continuación, se detalla el contenido del trabajo, que es como sigue

El primer apartado presenta la descripción del problema, antecedentes, objetivos y el marco teórico que mantiene y fundamenta la propuesta. Se ejecuta una revisión conceptual de las variables de estudio como fobia específica, teorías explicativas y tipos de tratamiento.

En el segundo apartado se ubica la historia psicológica con los datos de filiación, motivo de consulta, problema actual, historia personal, familiar y diagnóstico psicológico del caso estudiado. Asimismo, en el mismo capítulo se encuentra los informes psicológicos de cada instrumento aplicado, así como el informe psicológico integrado, también se describe todo el procedimiento de la intervención, las técnicas cognitivo conductuales aplicadas, la efectividad del tratamiento. En el tercer apartado se detalla los resultados pre y post de la intervención, discusión y seguimiento del caso.

Por último, en los apartados IV, V y VI se toman en cuenta las conclusiones, recomendaciones y referencias con el modelo APA-7ma edición.

## 1.1 Descripción del problema

Según la (Organización Mundial de Salud [OMS], 2019) indica: que aproximadamente 275 millones de personas padecen trastornos de ansiedad. Siendo esto al alrededor del 4% de la población mundial, con una distribución de entre el 2,5% y el 6,5% de la población por país. En lo que refiere al género, se estima que alrededor del 62% de los que sufren de ansiedad son mujeres (170 millones), a diferencia de los varones que serían aproximadamente 105 millones.

Una investigación de la (Asociación Estadounidense de Ansiedad y Depresión [ADAA],2021) refiere que los trastornos de ansiedad afectan al 25,1% de los niños entre 13 y 18 años. Indicando que los niños con trastornos de ansiedad que no reciben tratamiento tendrán un mayor riesgo de tener un desempeño deficiente en la escuela, dificultades en sus relaciones sociales, entre otros. Cuando hablamos de ansiedad también se incluye los trastornos de ansiedad fóbica lo cual afecta a cerca del 8% de los adultos en un periodo dado de 12 meses, ya que es el trastorno de ansiedad común entre la población. Entre las más comunes podemos tener el miedo a los animales (zoofobia), miedo a las alturas (acrofobia) y miedo a las tormentas (astrafobia). Dentro de la población, al menos el 5% puede presentar como mínimo un cierto grado de aprensión ante la visión de sangre, heridas o inyecciones. También se puede visualizar que las personas que padecen de fobia específica pueden presentar 2 o más fobias.

La Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2020) indica que “Más de 300 millones de personas sufren de algún tipo de trastorno de ansiedad a nivel mundial y un 3,6% viven en las Américas, siendo la única región en el mundo en la cual la ansiedad supera porcentualmente a la de los trastornos depresivos. Existen muchos trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, trastorno por pánico, agorafobia y trastorno por estrés postraumático. Ninguno de ellos es imposible de tratar, pero puede ser fatigante para la persona afectando su desarrollo personal.

Según la (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017) indica que: en la región de las Américas, un 7,7 % de la población femenina sufre de trastornos de ansiedad (3,6% de los hombres) así mismo indica que el total de casos de ansiedad en el Perú es de 1 730 005, lo cual equivale al 5.7% de la población.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2018) en los lineamientos de política sectorial en salud mental indica que en el Perú la ansiedad mantiene una prevalencia cada año que oscila en Huancavelica de 2,4 a 10,1 y en Tacna un promedio de 5,9%. Si enfocamos estas estadísticas, en niños, niñas y adolescentes los estudios realizados en el Perú muestran que el 20,3%, 18,7% y 14,7% evidencian algún problema de salud mental, siendo los trastornos más frecuentes la ansiedad.

Asimismo, El Instituto Nacional de Salud Mental (2012) realizó un estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima metropolitana y Callao en la cual menciona que los trastornos de ansiedad se encuentran entre los problemas emocionales y de comportamiento que con más frecuencia se presentan en la niñez y adolescencia. Las situaciones ansiógenas tales como el inicio del colegio, mudanzas, separaciones o la pérdida de algún familiar pueden generar la aparición de reacciones de ansiedad o de un trastorno de ansiedad. Aproximadamente el 13% de niños y adolescentes entre los 9 y 17 años experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad; siendo las niñas más afectadas que los niños.



## **1.2 Antecedentes**

### **1.2.1 Antecedentes Nacionales**

Mendoza (2020) presento un estudio de caso sobre terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente de 15 años de edad que presenta trastorno de ansiedad, se realizó la historia clínica para explicar la conducta de la adolescente, luego se realizó un diagnóstico funcional, en el cual permitió determinar los excesos conductuales. Dentro del estudio se desarrolló el tratamiento cognitivo conductual, donde se aplicaron la relajación progresiva de Beck, reestructuración cognitiva y la técnica de exposición. Se encontró que el tratamiento fue eficaz según la evaluación de pre y pos tratamiento.

Guarniz (2019) realizo un estudio de caso único en 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), empleando técnicas como la exposición, el entrenamiento en habilidades y la reestructuración cognitiva, pues cada vez hay mayor evidencia de su efectividad, 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.

Laya (2018) realizo el estudio de un caso único en una niña de 10 años, con un diagnóstico de fobia Social, planteándose un programa de intervención de enfoque cognitivo conductual en que se utilizarían estrategias para la modificación de las cogniciones y la conducta de la paciente. El objetivo principal de esta terapia disminuir el malestar psicológico que le originaba la fobia social, los cuales eran sus pensamientos y lo que traía como

consecuencia un cambio en su comportamiento. Para cumplir con el objetivo general del programa de intervención se plantearon objetivos específicos en el cual se planteó como primer punto la Psicoeducación, Seguido de esto se propuso que la paciente identifique sus pensamientos y los pueda analizar, también que se implemente a su repertorio conductual estrategias de relajación. Luego poder cuestionar que tan importante es la necesidad de aprobación de los demás, trabajar en estrategias de afrontamiento frente a las situaciones ansiosas y finalmente incorporar un estilo de comunicación asertiva para un adecuado desenvolvimiento social. Una vez culminado el programa Se pudo comprobar La eficacia de la intervención cognitivo conductual.

### **1.2.2 Antecedentes Internacionales**

Noguera (2018) realizó un estudio de caso único en un paciente de 11 años con trastorno de ansiedad generalizada, la cual se ve representada en taquicardia, sudoración en las manos, cefalea, mareos, dolor de estómago, inquietud motora, pobre control de impulsos, aislamiento y escape, al momento de presentar un examen, jugar un campeonato de béisbol y/o socializar. La evaluación se realizó mediante entrevista semiestructurada a paciente y su núcleo familiar y aplicación de instrumentos de medición. Por último, se realizó intervención cognitivo conductual, la cual se dividió en cinco fases compuestas por: psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva y seguimiento, dando como resultado una mejoría significativa en el paciente.

Lora (2018) realizó una intervención psicológica desde el modelo cognitivo- conductual a una niña de 12 años de edad con diagnóstico de fobia social, atendida en la IPS de la Universidad Pontificia Bolivariana en la ciudad de Piedecuesta, la cual ingresa remitida por una institución educativa de la misma ciudad, solicitando asesoría psicológica, debido a que la asistencia al colegio ha estado causando en ella desaliento, llanto, náuseas y dolor de cabeza;

razón por la cual la madre retiró a la niña del colegio en dos ocasiones. El proceso terapéutico siguió un modelo cognitivo-conductual que incluyó una etapa de evaluación y diagnóstico pre y post a través de entrevistas, aplicación de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2, Cuestionario de Depresión para Niños y un análisis funcional. Seguido de la identificación de las principales problemáticas y definir los objetivos terapéuticos, se pasó a la etapa de intervención basada en la Terapia Cognitiva de Beck, reestructuración cognitiva, psicoeducación, relajación muscular progresiva de Jacobson, exposición en imaginación y en vivo y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados mostraron que la niña consiguió controlar la ansiedad, aprendió una nueva estrategia para afrontar las situaciones aversivas, adquirió habilidades para interactuar con otras personas diferentes a su familia.

Jaimes (2017) presentó el caso de Lucia, una niña de 9 años de edad que fue llevada a consulta por sus padres, debido a dificultades para conciliar o mantener el sueño. El proceso de evaluación clínica, deriva en el diagnóstico de TAS, a partir del cual se inicia un proceso de intervención con enfoque cognitivo conductual, el cual se desarrolló a lo largo de 19 sesiones de intervención, teniendo como objetivo del tratamiento la abolición de las respuestas desadaptativas de ansiedad infantil a partir, que permitiera disminuir las manifestaciones asociadas al Trastorno de Ansiedad por Separación. El abordaje psicoterapéutico permitió a partir de la implementación de técnicas cognitivo – conductuales, la reducción del cuadro sintomático y se comprobó la eficacia del tratamiento a partir de la remisión de los síntomas inicialmente referidos por la paciente y sus padres.

Santesteban, et al. (2016) realizaron un tratamiento en un caso de un adolescente de 12 años, el cual presentaba rasgos ansiosos que predominaba el diagnóstico de fobias que afecta en su vida diaria. Dentro del estudio, buscaron reducir el número de preocupaciones, disminución de la activación psicofisiológica, crítica de las expectativas irracionales y suprimir las respuestas de evitación. La intervención que ellos aplicaron fue de terapia grupal y

utilizaron la técnica de exposición de manera individual. Los resultados que encontraron, reportan que hubo una disminución de la sintomatología ansiosa, en donde el paciente pudo exponer su miedo hasta reducirlo de manera completa. También encontraron que es importante aplicar la técnica de violación de expectativa y la focalización en estímulos positivos como factores de cambio asociados a la exposición. Por último, concluyeron que se evidencia la eficacia de la adaptación grupal de la TCC, así como la importancia de emplear técnicas que focalicen la eficacia de la exposición en la población infantil como juvenil.

Perez (2016) realizó estudio de Caso Único en un paciente de 6 años, con un diagnóstico principal de Fobia Específica a los payasos y la lluvia; en el cual se describe los cambios terapéuticos generados a través de una intervención cognitivo-conductual, teniendo en cuenta el reconocimiento y eficacia de dicho enfoque. Como punto de partida se presenta el génesis de la fobia, donde se muestra que estas pueden tener sus inicios al tener una o más experiencias frente al estímulo fóbico, también se plantean otras formas de instaurar una fobia por medio de: asociación errónea, vulnerabilidad biológica y psicológica, susceptibilidad a la ansiedad. Posteriormente se describe la posible relación entre los estilos parentales y el desarrollo de una fobia, la evaluación que se debe realizar para diagnosticar una fobia, y finalmente un recorrido por los tratamientos que existen para intervenir. Teniendo en cuenta la investigación y el estudio de caso se realiza un análisis e interpretación del caso y para finalizar se presenta la discusión y conclusiones

### **1.2.3 Fundamentación Teórica**

En relación a las definiciones de la ansiedad se halló que, La Asociación Psiquiátrica Americana mencionó que la ansiedad es una aprensión, tensión y/o problema que se da por la anticipación a un acontecimiento de peligro cuyo origen es dudoso e incierto. De la misma forma, la Guía Práctica Clínica para el Manejo de pacientes con Trastornos de Ansiedad en

Atención Primaria (2008) conceptualiza la ansiedad como un sentir insano del futuro de la mano con una percepción desagradable y/o de representaciones de tensión; la cual, dicho sentimiento de daño repentino llega a ser de tipo intrínseco o extrínseco por lo que, da una alerta ante un acontecimiento y origina que toda persona logre agarrar u optar por ciertas actitudes. Dichos actos que opta una persona llegan a ser relevantes para sobrellevar el día a día; no obstante, al sobrepasar los límites permisibles puede dañar la capacidad de adaptación de una persona.

Por otra parte, Mohammed, et al. (2014) dieron como definición a la ansiedad como una emoción no agradable que nace frente a algo o algún acontecimiento determinado. Por consiguiente, Chand y Marwaha (2021) definieron a la ansiedad como trastorno psiquiátrico recurrente de causa multifactorial, originado frecuentemente por el estrés o algún acontecimiento postraumático.

De acuerdo a los diagnósticos y clasificación, sobre las actualizaciones que se dieron en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013) se condensa en los siguientes criterios.

**Tabla 1**

*Criterios diagnósticos de los distintos trastornos de ansiedad*

Trastorno	Características	Criterios
Por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un minuto de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc) y/o presencia de pesadillas	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes

---

	o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación	
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos)	Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a la escuela)
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e inevitable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad	Especificaciones en función del tipo de estímulo: animal, entorno natural, sangre-heridas inyecciones, situacional, otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses
Social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona tiene actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores	Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público)

Trastorno de angustia	Presencia de crisis d angustia inesperada recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relaciones con la crisis de angustia	No presenta
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, y otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza	El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses
Generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivacion fisiológica	La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un minimo de 6 meses

Inducido por sustancias	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas	No se dan exclusivamente durante delirium
Debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencia patofisiológica directa de otra condición médica	No se dan exclusivamente durante delirium

---

Fuente: DSM-V (2013)

Hay distintos tipos de trastornos de ansiedad, el que compete para este estudio es la fobia específica. Para el DSM V (2013), dicha fobia llega a ser un miedo intenso que un sujeto vive ante distintos acontecimientos y/o objetos; por lo que, deben tener tres características para su definición: primero, el alto nivel de ansiedad originado por la aparición o anticipación del estímulo de miedo; segundo, el deseo incontrolado de escapar y tercero, la cualidad de darse cuenta, fuera del acontecimiento fóbico, la característica exagerada de su miedo, por lo que también es incapaz de eliminar por sí mismo dicho miedo.

## **Teorías sobre la ansiedad**

### **a. Teorías de Clark y Beck (2010)**

Dieron a conocer la teoría cognitiva de la ansiedad, siendo este el miedo equivocado originado por un peligro sin confirmar o aún no se da determinadamente en una situación. Estas creencias equivocadas ante un peligro originan que el proceso cognitivo provoque un elevado miedo e incoherente a la situación, dejando de lado lo objetivo.



**b. Teoría de Ellis y Dryden (1987)**

Dieron a relucir la teoría racional emotiva exponiendo que las personas dan a conocer creencias racionales e irracionales en un momento específico y que las aspiraciones suelen transformarse en requisitos con facilidad por lo que, las emociones negativas adecuadas se asocian con las creencias racionales distinto de las emociones inapropiadas que se asocian con las creencias irracionales. Esta teoría no pretende reemplazar las emociones negativas inapropiadas por otras apropiadas, solo hasta que identifiquen los efectos del pensamiento racional.

**c. Teoría de personalidad de Sullivan**

Refiere que los sujetos que desenvuelven su personalidad dentro de una comunidad, para entenderlas es relevante conocerlas mediante las interacciones interpersonales y por medio del argumento científico. Por consiguiente, mencionó que la ansiedad llega a interferirse en las interacciones de toda edad, con más prevalencia en la pre-adolescencia; por lo que, los niños llegan a ser capaces interactuar con otros sujetos de su entorno. (Guerra, 2007, Pag. 2)

**Tratamiento para la ansiedad**

Según Navas y Vargas (2012), menciona que: en relación al tratamiento de la ansiedad se tiene como opciones la medicación y psicoterapia, en otros casos puede ser ambos. Antes de empezar con el tratamiento, el especialista debe establecer si las sintomatologías son originadas por problemas mentales, enfermedad médica o sustancias ilícitas. Es importante conocer si la persona tiene comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas, médica o sustancias ilícitas. Con ello se pueden dar dos tipos de tratamiento de acuerdo al tiempo:

- a. A corto plazo (3 meses), cuyo fin es disminuir la intensidad y frecuencia de la crisis, controlar la ansiedad anticipada y las actitudes evitativas de la agorafobia. Se incluye

también la intervención psicológica (3 a 4 meses) en relación a lo cognitivo conductual, mostraron bastante efectividad; al igual que, el abordaje inhibitor selectivo de la atracción de serotonina, benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos. Finalmente se da como recomendación seguir el tratamiento por 3 meses para tener una mejor valoración de los resultados. No obstante, el tratamiento psicoterapéutico con antidepresivos a corto plazo, llega a ser más efectiva que ambos tratamientos solos (Navas y Vargas, 2012).

- b. A largo plazo (4 a más meses), el fin de este tratamiento es controlar los síntomas y disminuir la frecuencia de recaídas. El tratamiento cognitivo conductual llega a tener una mayor reducción de frecuencias de recaídas que otras estrategias. No obstante, El tratamiento con psicoterapéutico con antidepresivos llega a ser de 6 a 24 meses, siendo más efectivo que usar solo antidepresivos, comparándose su efectividad con la psicoterapia sola (Navas y Vargas, 2012).

### **Ansiedad en la infancia**

En cuanto a la ansiedad infantil, Reynolds y Richmond (2012) mencionaron que esta es una expresión del crecimiento sentimental y miedos anormales en contextos normales; a su vez, otros orígenes más frecuentes de la ansiedad infantil son los lazos del infante o niño con sus amistades de colegio y con su familia; por lo que, las interacciones con sus pares de colegio se tornan fundamentales acorde el niño crece y al alcanzar la adolescencia llegan a ser el elemento más influyente en su grado de ansiedad y en su bienestar mental en conjunto; así mismo, las dificultades en el hogar entre progenitores, hijos y hermanos, puede generar un desgaste de energía.

### **Fobia específica**

Por otro lado, en las fobias específicas se introducen un elevado nivel de estímulos de miedo, dificultando la evaluación y tratamiento protocolar al trastorno en sí, por lo que los indicadores clínicos pueden mostrarse diferentes. Las fobias específicas son tres: social, agorafobia y específica. Esta última tiene una categoría residual para los estímulos que distan de lo social o de los ataques de pánico. En la fobia específica se incluye el miedo a la sangre, inyecciones y heridas (DSM-V 2013).

Cabe resaltar que la conducta típica en este tipo de fobias es el mismo que el que dan las otras fobias a nivel motor y cognitivo (evitación y pensamientos anticipados), y característico a nivel psicofisiológico: patrón de respuesta específica o bifásica (Borda, 2001). En la fase uno se eleva el ritmo cardíaco, la presión arterial y la tasa respiratoria. En la fase dos, estos niveles bajan bruscamente: el ritmo cardíaco disminuye (30-45 pulsaciones por minuto) y la presión sanguínea baja logrando el desvanecimiento (Vázquez y Buceta, 1990).

En las fobias específicas muchas veces se considera que la mayoría de estas derivan de los miedos básicos propios de la evolución filogenética de la especie humana, tales como el miedo a los animales y el miedo al daño físico. Se puede llegar a clasificar de mayor a menor como, por ejemplo: situacional, ambiente natural y animal. (Bados, Fobias Especificas . Universidad de Barcelona, 2005)

Los que padecen de fobia específica pueden tener temor a un posible daño (accidente aéreo, mordedura, ahogarse, etc), pero también pueden mostrar preocupación por perder el control, hacer el ridículo, marearse, desmayarse o tener un ataque de pánico. Por otro lado, se ve que los que padecen de ataques de pánico inesperados son más frecuentes en las personas con fobia situacionales que en aquellas con fobias no situacionales. (Bados, 2005)

Según Hofmann, et al. en el año 97, citado por Bados (2017) menciona que tener la fobia específica del tipo que sea también aumenta la probabilidad de tener miedos de uno o más de los otros tipos. A diferencia de los fóbicos sociales es extraño que los fóbicos específicos teman situaciones de todos los tipos.

### **Diagnostico**

Para diagnosticar fobia específica incluye una gran cantidad de fobias, las cuales no comparte necesariamente las mismas características clínicas, se ha hecho distinciones entre diversas fobias específicas en cuanto edad, sexo, respuesta fisiológica, experiencia emocional, presencia de ataques de pánico inesperados, antecedentes familiares y tratamiento indicado. (Lipsitz y cols., 2002; Menzies, 1996; Merckelbach y cols., 1996; Sosa y Capafons, 1995) citado por Bados (2017).

### **Criterios DSM-V para el diagnóstico de Fobia Específica**

- A. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej. volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre). Nota: en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabieta, quedarse paralizados o aferrarse.
- B. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- C. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- D. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- E. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros

síntomas incapacitantes (como en la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Especificar si (según el estímulo fóbico):

- 300.29 (F40.218) Animal (p.ej. arañas, insectos, perros).
- 300.29 (F40.228) Entorno natural (p. ej. alturas, tormentas, agua).
- 300.29 (F40.23X) Sangre-inyección-herida (p.ej. agujas, procedimientos médicos invasivos).
- 300.29 (F40.248) Situacional (p.ej. avión, ascensor, sitios cerrados).
- 300.29 (f40.298) Otra (p.ej. situaciones que pueden derivar en ahogo, vómitos; en niños, p.ej. sonidos ruidosos o personajes disfrazados).

### **Adquisición de las fobias específicas**

Se ha estudiado que las fobias específicas pueden ser adquiridas por condicionamiento clásico, aprendizaje vicario y transmisión de la información. Por otro lado, se ha visto que no todo estímulo tiene la misma probabilidad de adquirir fobias. La preparación biológica menciona que es más fácil el miedo a los estímulos que se han representado filogenéticamente una amenaza a la supervivencia de la especie, esto puede ser desarrollado por ataque o por contagio de enfermedad, sino se especifica claramente cuál es la base biológica de la preparación, puede resultar circular (Bados, 2017).

## **Teorías sobre la fobia**

### **a. La teoría de la preparación.**

Indica que se requiere que el estímulo potencialmente fóbico se asocie con una experiencia aversiva, ya sea de manera directa o indirecta. La adquisición del miedo se desarrollará de manera más fácil si la situación preparada se combina con el tipo de experiencia que cuadra con las expectativas de peligro. Por ejemplo, uno puede tener miedo a los espacios cerrados si la experiencia aversiva es falta de respiración en lugar de mareos. Craske, et al. (1997). Citado por Bados (2017).

### **b. La teoría de la explicación no asociativa.**

Explica que, en los procesos madurativos y experiencias normales de desarrollo, existen muchos estímulos evolutivos prepotentes en la mayoría de personas al primer encuentro sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo. La respuesta de miedo baja cuando hay exposiciones repetitivas y no traumáticas. Por otro parte, las fobias pueden surgir tras la ocurrencia de acontecimientos estresantes intensos no específicos o trastornos fisiológicos. Menzies y Clarke (1995), citado por Bados (2017),

### **c. Teoría de propuesta la transmisión de información amenazante.**

Aquí nos indica que, por ejemplo, los padres advierten de los peligros hacia sus hijos como que ciertos animales pueden ser muy peligrosos, o accidentes aéreos o enfermedades. Los tres modos de adquisición interactúan entre sí, es por ello, que se puede generar un miedo intenso o una fobia cuando se combina dos o más de ellos. Por ejemplo, una experiencia negativa directa puede tener mayor impacto si se tiene experiencia significativa previa de aprendizaje observacional y/o de transmisión de información amenazante. (Bados, 2017)

### **d. Teoría el proceso de asociación errónea o condicionamiento supersticioso.**

Se experimenta pánico, ansiedad o sensaciones somáticas son provocadas por acontecimientos estresantes, como, por ejemplo, los conflictos familiares que la persona no ha

podido manejar o por otros factores, algunos autores consideran este proceso como parte del condicionamiento clásico, ya que la asociación del estímulo neutro es respondida de manera corporal intensa negativamente valorada. Barlow (1988), citado por Bados (2017)

## **Tratamientos para las fobias específicas**

### **a. Tratamiento psicológico**

En la actualidad el tratamiento con mayor efectividad es la Terapia Cognitivo Conductual, pero “En la primera mitad del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias, que hoy denominamos específicas, se reducían básicamente al psicoanálisis” (Capafons, 2001, pág. 448) a partir de 1958 la terapia de conducta introdujo al tratamiento de fobias específicas la exposición en sus diversas formas al estímulo temido; ya que la terapia conductista explica que la exposición controlada tendrá como resultado la extensión de las reacciones fóbicas.

Asimismo, se han incorporado las terapias cognitivas como la terapia racional emotiva de Albert Ellis, cuya finalidad es cambiar los patrones del pensamiento por otros más adaptativos o realistas y que no causen la afectación psicológica del paciente.

Las Técnicas Cognitivo Conductuales buscan que el paciente fóbico acceda a la exposición al estímulo fóbico con los menores niveles de ansiedad con la menor respuesta de activación fisiológica

### **b. Tratamiento médico**

En la actualidad el tratamiento médico para fobias específicas está centrado en el uso de fármacos que buscan estabilizar las respuestas fisiológicas del paciente fóbico, siendo los más utilizados la benzodiazepinas y los beta-bloqueantes.

### 1.3 Objetivos

Disminuir los síntomas de la fobia específica en un niño de 9 años, aplicando un programa de modificación de la conducta.

#### **Objetivo específicos**

- Disminuir la conducta de la madre referente a reforzar positivamente cuando el niño se retira del aula y se encierra en el baño.
- Disminuir el nivel de activación fisiológica, mediante técnicas de relajación.
- Reestructurar los pensamientos distorsionados relacionados con la fobia específica.
- Disminuir los pensamientos de auto reproche.
- Incrementar y fortalecer las habilidades sociales.
- Disminuir la conducta de llorar cuando llega al colegio e ingresa al salón de clase.
- Disminuir la conducta de salir del salón encerrándose en el baño y negándose a retornar al aula.

### 1.4 Justificación

El presente estudio es importante porque a lo largo de la etapa escolar un preocupante número de niños, niñas y adolescentes presentan altos niveles de ansiedad y temor relacionados con el ambiente escolar, que les impiden asistir al colegio con regularidad, teniendo como consecuencia el abandono de su escolarización. La ansiedad experimentada puede acompañarse de una gran variedad de respuestas. Es por ello que, desde una perspectiva clínica se modificaran en el paciente los altos niveles de ansiedad asociados al hecho de asistir al colegio, los cuales se evidencian en su activación fisiológica, sudoración de manos, dolor de cabeza, dolor de estómago, tensión muscular, aceleración en palpaciones cardiacas, ruborización en rostro, llanto y en la reproducción de pensamientos negativos referente a la



evaluación negativa de su profesor y compañeros que tiene como consecuencia evitar ir al colegio, manteniendo constante el estado de ansiedad.

Asimismo, el presente estudio muestra distintas técnicas de intervención relacionadas con la ansiedad y el temor a su ambiente escolar, con lo cual se ayudó a modificar su comportamiento utilizando la terapia cognitivo conductual para lo cual se plantearon los objetivos y el análisis funcional en la cual se logró identificar que es necesario abordar los pensamientos y la conducta los cuales son los causantes de la problemática, con dicha metodología se lograra la reestructuración de pensamientos, disminuir la activación fisiológica y reducir las respuestas de evitación que está presentando el paciente.

### **1.5 Impactos esperados del trabajo académico**

El estudio de caso realizado permitirá confirmar la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en la fobia específica, beneficiándose el paciente; ya que con la aplicación del programa podrá desarrollar pensamientos racionales, disminución de la activación fisiológica ante la situación evasiva, lo cual beneficiará y fortalecerá su relación intrapersonal e intrapersonal con la familia y comunidad educativa. Dicho tratamiento contribuirá a tener recursos de intervención en casos similares contribuyendo con la comunidad psicológica en su abordaje de manera óptima.

## **II. Metodología**

### **2.1 Tipo y diseño de Investigación**

El tipo de investigación es aplicada porque toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado. (Kerlinger, 1975)

El diseño de investigación es de tipo experimental (pre experimental) porque el estudio busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual sobre la fobia específica en un niño de 9 años de Lima metropolitana (Hernández et al., 2014).

El modelo utilizado es el ABA, que permite elegir al sujeto, aplicarle una evaluación previa a la administración de un programa de tratamiento y al finalmente realizar una segunda evaluación. (Kazdin ,2001)

### **2.2 Ámbito temporal y espacial**

La intervención Cognitiva Conductual se aplicó en 11 sesiones durante 6 meses (Junio – noviembre) del año 2019, en el distrito de Comas de la ciudad de Lima, en los ambientes de un consultorio particular.

### **2.3 Variables de Investigación**

#### **Variable independiente**

##### **Terapia cognitivo conductual**

Luterek, et al. (2003) refiere que la Terapia Cognitivo Conductual es un enfoque de terapia de tiempo limitado, teniendo como objetivo que el propio usuario sea el principal agente de cambio. Centrándose en cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual.

## **Técnicas**

Psicoeducación: Consiste en darle a la familia y el paciente una explicación acerca del trastorno y tratamiento lo cual es de suma importancia para fomentar la relación terapéutica.

Reestructuración cognitiva: consiste en identificar, analizar y modificar las interpretaciones o pensamientos erróneos que las personas experimentan promoviendo alternativas más flexibles y adaptativas.

Relajación: las técnicas de relajación tienen como objetivo reducir los niveles de activación brindando estados de tranquilidad.

Reforzamiento positivo: es una estrategia de manejo de contingencias que trata de la utilización de una conducta para obtener una consecuencia deseada.

Modelado: implica la demostración de respuestas adecuadas para ser utilizadas en situaciones que para la persona son ansiógenas.

Desensibilización sistemática en imaginación: es una exposición gradual que tiene como objetivo aprender a enfrentarse a situaciones que le resultan amenazante tratando de aprender a relajarse mientras se imaginan.

Habilidades sociales son técnicas de entrenamiento de conductas en base a objetivos.

## **Variable dependiente**

Según el CIE 10 Las fobias específicas se definen como un temor significativo y duradero, excesivo o irracional, guiado por la presencia o anticipación reales de un objeto o situación específicos. La exposición al estímulo fóbico o pensar en el estímulo provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad. Un diagnóstico de fobia específica requiere que la persona reconozca que el temor es excesivo o irracional. La situación fóbica por lo general

se evita, pero puede ser tolerada con angustia intensa. Esta evasión o angustia interfiere con las actividades rutinarias, laborales (o académicas), funcionales y sociales normales del individuo.

## **2.4 Participante**

Usuario niño de 9 años que se encuentra cursando el tercer grado del nivel primario, vive con ambos padres, tiene 2 hermanos mayores y acude a consulta acompañado de su progenitora.

## **2.5 Evaluación Psicológica**

### **2.5.1 Observación Psicológica**

#### **Descripción física**

Menor de Sexo masculino, de contextura mediana, con peso aproximado de 25 kg. De 126 cm. de estatura, aparenta su edad cronológica. De cabello lacio, de color negro con corte escolar. Ojos negros, grandes y expresivos; nariz mediana, boca mediana, orejas en proporción al tamaño del rostro. Viste con ropa acorde a la estación, presenta adecuada higiene y arreglo personal.

#### **Descripción de la conducta.**

Examinado se encuentra lúcido, con ubicación temporo espacial acorde a su edad. Al iniciar la entrevista se muestra callado, distraído al mirar a su progenitora cuando se le realiza alguna pregunta y al jugar con sus manos, para luego de manera progresiva mantener contacto ocular con examinadora e ir dando respuesta a las preguntas realizadas primero con frases cortas para posteriormente brindar mayores detalles, e incluso solicitar jugar con bloques lógicos de figuras geométricas que se encontraban en estante del consultorio.

Con el transcurrir de las sesiones se muestra más colaborador, ingresando sin la compañía de su progenitora al consultorio y brindando mayores detalles a preguntas realizadas. Sin embargo, al abordar temas relacionados al motivo de consulta muestra conducta evasiva y se torna tenso evidenciándose al dirigir su mirada al piso, juntar sus brazos a su dorso y apretar

sus manos en puño, ruborizándose; con el transcurrir de las sesiones logra brindar respuestas cortas respecto al tema, con sobreesfuerzo por contener el llanto. Se logra generar buena empatía durante las sesiones lo que se evidencia en iniciativa de examinado a participar en actividades lúdicas con entrevistadora (armado de rompecabezas, modelado en plastilina, pintado con pincel y colores entre otros) y proponer actividades lúdicas de manera espontánea.

El usuario viene a consulta en compañía de su progenitora, llega siempre con 20 minutos de anticipación y progenitora llama el día anterior a la cita para confirmar que asistirá. El usuario expresa “yo quiero seguir en mi salón con mis compañeros, quiero ir y no tener miedo”.

### **Motivo de Consulta**

Progenitora del menor refiere “mi hijo siempre ha sido sensible, no podíamos gritarle sino se ponía mal quejándose de dolores de cabeza y de estómago, ha tenido dificultades para acostumbrarse a sus profesores desde que ingreso a inicial, si le gritaban él ya no quería ir al salón, he tenido que cambiarlo de salones o conversar con las docentes para que cuiden de no gritarle. Ahora se niega a ir al colegio, al inicio de año escolar iba con normalidad y hasta se notaba entusiasmado, pero cuando le cambiaron de docente expreso tener miedo, continuó asistiendo, pero noté que su rostro enrojecía y sus ojos se llenaban de lágrimas cuando era hora de llevarle al colegio. Luego se quejó de que el docente gritaba y ahora ya no quiere ir al colegio; llora, su rostro enrojece y su cuerpo se pone duro caminado lento al momento de ingresar al colegio. Cuando lo he obligado a ingresar al salón me han llamado poco después diciendo que se había encerrado en el baño y que estaba llorando”. El menor refiere “mi profesor me va a castigar y me va a gritar...” mientras dice esto llora y agacha la mirada.

### **Descripción del problema**

El menor presenta frecuentes quejas de no querer ir al colegio, desde aproximadamente seis meses, indicando que “su profesor se va a enojar y le va a gritar, que no quiere ir a ese salón”, quejas acompañadas con enrojecimiento de rostro, así como incremento en la tensión muscular lo que se denota en postura rígida que asume el menor frente al exigencia de ir al colegio por parte de su madre.

Al llegar cerca a la entrada principal del colegio su caminar se lentifica, sintiendo que se acelera el latir del corazón, dificultad para respirar, sensación de ahogo, sensación de desvanecimiento, sudoración excesiva de manos y su rostro se torna caliente (descripción brindada por el menor) y a la vez piensa que “tengo que tratar de no tener miedo porque si me ven llorar mis amigos dirán que es un llorón”. En ocasiones su progenitora lo ha llevado hasta su salón, donde ha conversado con el docente del aula frente a lo cual el menor siente incremento de los latidos cardiacos, dolor de estómago y pesadez en la cabeza, identificando las emociones percibidas como ansiedad (9/10), en dichas ocasiones piensa “ahora mi profesor me va a gritar por venir con mi mamá”. Luego que el docente habla con la progenitora del menor, se sienta en su escritorio mirando fijamente al examinado, situaciones que le generan intensa ansiedad, (según refiere).

La ansiedad alcanza su intensidad más alta (9/10) en la situación donde el profesor revisa la tarea y pregunta sobre el tema que explicó, estando acompañado de miedo (8/10) con pensamiento recurrentes de posible enojo, critica o castigo por parte del docente, así como preocupación por la opinión que puedan tener sus compañeros: “van a ver que soy muy tonto por no hacer bien la tarea”. Esta respuesta emocional es acompañada por llanto contenido por parte del examinado y evasión de la situación solicitando permiso para ir a los servicios higiénicos y negándose a retornar al salón. Frente a esta situación frecuentemente es trasladado

por la directora nuevamente a su salón, sin embargo, en las últimas semanas el menor es trasladado a la dirección, puesto que empieza a llorar y se niega a retornar al aula.

## **2.5.2 Entrevista (Historia personal)**

### **Desarrollo cronológico**

A la edad de 3 años y 6 meses la profesora de la Cuna Jardín adhirió al examinado con cinta adhesiva a una carpeta, llamándole la atención y dejándolo llorar hasta el término de clases. En los días posteriores el menor presenta dolor de estómago y/o de cabeza que hace que cada vez que ingresa al salón sea llevado a la oficina de Psicología donde permanece en un sillón haciendo trabajos manuales.

A los 4 años es cambiado de jardín mostrando dificultades en adaptarse, con comportamiento poco sociable con sus compañeros situación que la docente maneja mediante actividades de juego, además progenitora informa a la docente respecto a los antecedentes en anterior institución y esta mantiene actitud de motivación con respecto al alumno describiendo su progenitora “si se atrasaba en las actividades le daba tiempo de terminarlas, le decía cosas positivas frecuentemente y era cariñosa con él”.

A los 6 años, en primer grado el menor se queja de su profesora porque lo grita, lo cual no es tomado en cuenta por sus padres hasta que comienza a intensificarse los dolores de cabeza y es llevado al médico neurólogo, siendo el resultado que el menor era muy sensible y la recomendación médica proveerle una atmosfera de tranquilidad, sin estrés.

A los 7 años al ingresar al 3er grado de primaria se le asigna la misma docente, sin embargo, en el mes de mayo la docente deja de laborar en el plantel y es remplazada por un profesor de sexo masculino el cual tiene fama de estricto. De manera imprevista se da de un día al otro esta variación de docente frente a lo cual el menor llega a su casa “llorando”, al

trascorrir de los días inician quejas sobre “sentir miedo hacia el profesor” “tener miedo de hacerlo enojar y que le grite”.

A los 9 años, luego de tres meses de iniciado el periodo escolar, llega un profesor nuevo en reemplazo de su profesora. Al transcurrir los días, Renato empieza a sentir miedo porque cree que puede hacerlo enojar y luego lo grite. En la actualidad, no quiere ir al colegio indicando que el profesor lo va gritar, no desea estar en ese salón de clases, presentando síntomas como ruborización, rigidez y tensión muscular frente a la exigencia de su madre de asistir al colegio.

### **Desarrollo inicial**

Según refiere la madre, el niño nació en la ciudad de Lima a los 9 meses de embarazo, indica que su gestación transcurrió de manera normal, con asistencia a sus controles médicos en el Centro de Salud y con regular alimentación. Aunque refiere que en ese periodo su pareja por motivos laborales viajaba y retornaba al hogar cada 15 días, ella frente a la ausencia de su pareja se sentía sola, triste y lloraba, pensando acerca del futuro de ella y de sus menores hijos de 12 y 5 años, percibiéndolo desesperanzador, expresa haberse sentido “abandonada”. Renato nació de parto normal, con peso promedio, lacto durante los dos primeros años y creció sin dificultad alguna.

La madre refiere que Renato, empezó a dar sus primeros pasos a partir del primer año de vida, empezó a caminar mostrándose activo y en ocasiones cuidadoso ya que no se separaba fácilmente de su progenitora. Empieza a decir sus primeras palabras, luego aprende a pedir ir al baño a su madre para sus necesidades fisiológicas, así antes de los 3 años y medio adquirió control de esfínteres.

El niño era expresivo y alegre con las personas conocidas, pero temeroso con las personas desconocidas. Jugaba con amigos del vecindario evitando ser parte de travesuras ya que su madre le explicaba que “debía portarse bien, sino ella se pondría triste”. La madre refiere que su hijo siempre ha sido considerado un niño bueno, pero que ella lo ha percibido como



“sensible y nervioso” ya que cuando ella les llamaba la atención a sus hermanos (gritos, correazo) él rompía en llanto.

### **Conductas resaltantes más relevantes en la infancia**

El niño de pequeño era juguetón, no realizaba muchas travesuras, y según la madre hasta los 6 años ha dormido en la misma cama con ella y su hermana. Luego al tener un cuarto para él, se negaba en varias ocasiones a dormir solo, donde refería que “sentía miedo dormir solo porque su hermano le había dicho que había monstruos en su cuarto”. Cuando la madre lo llevaba a dormir, aceptaba echarse en la cama con ella, pero se negaba a quedarse solo en el cuarto y su madre lo consolaba abrazándolo y llevándolo a dormir con ella.

A los 7 años Cuando la madre regresaba de su trabajo, jugaba con él, recuerda que fueron a jugar fútbol y sin querer pateo el balón a unas rejas y su padre se enojó, el sintió miedo, pero su madre le dijo algo a su papá y ya no paso nada. Cuando su progenitor quiere llamarle la atención refiere que por lo general su madre le dice que no le grite y solo lo amenaza con la correa. Sin embargo, refiere, haber presenciado como su progenitor le ha castigado con la correa a su hermana y hermano, agregando “mi hermano se portaba mal, por eso yo me porto bien para que no me castiguen”.

El menor recuerda que se sentía nervioso cuando alguien le gritaba a su madre, porque ella se quedaba callada y no se defendía. Al respecto indica “mi mamá se hace menos cuando alguien le grita, se queda callada”.

### **Actitudes de la familia frente al niño**

La madre comenta que desde el nacimiento del menor hasta cuando tenía 8 años la padre venia un fin de semana cada quince días por motivos laborales, se mostraba poco afectuoso y con poco interés en compartir con su hijo. En la actualidad se muestra preocupado por la negativa del niño de asistir al colegio. El menor refiere “mi papá me ha dicho que va a ir al colegio a hablar con el profesor, porque mi mamá fue y le ha gritado también a ella”.

La relación del menor con su progenitora es cercana y conflictiva a la vez, ella busca proteger al menor de cualquier riesgo. El menor refiere “cuando la directora la ha llamado a mi mamá, mi mamá a llorado, sin decirme nada y luego se ha encerrado en su cuarto”.

Cuando la madre indaga en los motivos por los que el menor no quiere ir al colegio, hace preguntas de manera ansiosa respecto a las posibles motivaciones del menor a no continuar asistiendo al colegio, progenitora refiere “yo me imagino que lo peor le ha podido suceder, por eso mi hijo de repente no quiere ir”.

### **Educación**

A los 3 años y 6 meses de edad el menor ingresa a estudiar a una Cuna-Jardín en la que su madre trabajaba de cuidadora de niños en un salón, permanecía en clase junto a sus otros compañeros, sin presentar mayores complicaciones; sin embargo, como al menor le gustaba salir del salón a ver a su mamá, la profesora lo retiene colocándole una cinta adhesiva alrededor de su cuerpo para sujetarlo a una silla, a la vez que le llama la atención y lo deja allí llorando hasta que termina la clase. En los días posteriores el niño empieza a quejarse de dolor de estómago y/o de cabeza motivo por el cual apenas llega al salón lo retiran para llevarlo a la oficina de psicología donde había un sillón donde podía descansar. Así el menor en los meses posteriores pasa mayor parte del tiempo en dicha oficina, realizando trabajos manuales (pintado, cortado entre otros), frente a la insistencia de que permanezca en aula reacciona quedándose sentado en su silla, para posteriormente ponerse a llorar y quejarse de dolores de estómago y/o cabeza.

En primer grado el menor presenta quejas respecto a que docente “lo grita”, quejas que son poco tomadas en cuenta por los progenitores hasta que el menor empieza a padecer de dolores intensos de cabeza que hacen que progenitores acudan a especialista neurólogo quien según indica la progenitora “les hicieron una tomografía y el profesional nos dijo que nuestro hijo era muy sensible, que deberíamos tratar de que tenga un ambiente tranquilo, evitar producir

situaciones que generen estrés para el menor”; posterior al diagnóstico y por quejas del menor de que la docente llamaba la atención gritando y había golpeado a uno de los alumnos con la regla es que progenitora conversa con la directora del plantel y acuerdan que menor siga asistiendo a clases pero que en la tarde llevaría reforzamiento académico con otra docente, así el menor al ser evaluado por la docente de su grado muestra bajo rendimiento puesto que al dar evaluaciones no lograba completar las asignaciones de los exámenes, sin embargo al ser evaluado por la docente encargada de reforzamiento académico en las mismas áreas sale con nota sobresaliente.

En la actualidad la problemática se ha intensificado presentando frecuentes quejas de no querer ir al colegio, indicando que “su profesor se va a enojar y le va a gritar, que no quiere ir a ese salón”, quejas acompañadas con enrojecimiento de rostro, así como incremento en la tensión muscular lo que se denota en postura rígida que asume el menor frente a la exigencia de ir al colegio por parte de su madre.

Al llegar cerca a la entrada principal del colegio su caminar se lentifica, sintiendo que se acelera el latir de su corazón, sus manos sudan y su rostro se torna caliente (descripción brindada por el menor), pensando que “tiene que tratar de no tener miedo porque si lo ven llorar sus amigos le dirán que es un llorón”. En ocasiones su progenitora lo ha llevado hasta su salón, donde ha conversado con el docente del aula frente a lo cual el menor siente incremento en el latir de su corazón, dolor de estómago y pesadez en su cabeza, identificando las emociones percibidas como ansiedad (9/10), en dichas ocasiones piensa “ahora mi profesor me va a gritar por venir con mi mamá”. Cuando se dan estas situaciones el docente posterior a hablar con progenitora del menor se sienta en su escritorio fijando su mirada hacia el examinado (según refiere). El sentimiento de ansiedad alcanza su intensidad más alta (9/10) en las situaciones donde el profesor revisa la tarea y pregunta sobre el tema que explicó, estando acompañada de sentimientos de miedo (8/10) con pensamientos recurrentes de posible enojo, crítica o castigo

por parte del docente, así como preocupación por opinión que puedan tener sus compañeros “van a ver que soy muy tonto por no hacer bien la tarea”, esta respuesta emocional es acompañada por llanto contenido por parte del examinado y evasión de la situación solicitando permiso para ir a los servicios higiénicos y negándose a retornar al salón. Frente a esta situación frecuentemente era trasladado por la directora nuevamente a su salón sin embargo en las últimas semanas el menor es trasladado a la dirección a fin que se tranquilice y sea recogido por su progenitora.

### **Actitudes y preferencias religiosas**

La familia del menor pertenece a la religión católica. El usuario recuerda que cuando empezó a dormir solo y sentía miedo su mamá le dijo que “cierre sus ojos y rece”. El menor cree en Dios como alguien bueno que lo cuida.

### **Historia de interacción social**

El menor indica que espera que los niños se acerquen a él para jugar, y que si no juega solo. Dice que le gusta jugar más con sus vecinos y primos, ya que en el colegio sus amigos le han visto ponerse a llorar y algunos le dicen “llorón”.

La madre indica que al menor no le es difícil hacer amiguitos porque le gusta prestar sus juguetes y es amigable.

### **Desarrollo psicosexual**

El menor se identifica con su sexo y género signado, refiere “soy hombre”.

### **Hábitos e intereses**

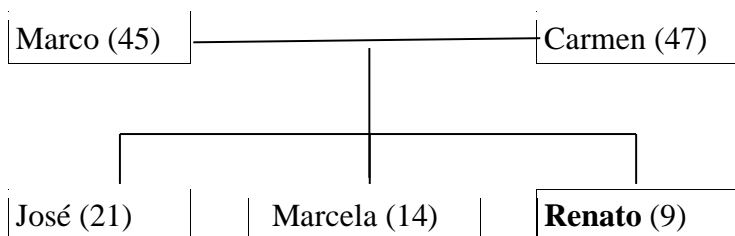
El menor refiere que le gusta pintar, leer cuentos, ver televisión y jugar fútbol, tiene dos amigos con quienes dos veces a la semana juega fútbol en la cancha cercana a su casa.

## Accidentes y enfermedades

El menor desde pequeño sufría de alergias con erupciones en la piel las cuales eran tratadas por el pediatra. Desde los 3 años aproximadamente se queja de dolores de cabeza y estómago, malestares que eran tratados por su madre con medicamentos recomendados por el farmacéutico.

Cuando el menor tenía 7 años aproximadamente las quejas de dolores de cabeza se hacen más frecuentes por lo cual es evaluado por un especialista neurólogo quien según indica la progenitora “le hizo una tomografía y recomendó generar un ambiente tranquilo para el menor evitando situaciones que generen estrés, ya que tenía un sistema nervioso sensible”, niega que le hayan prescrito algún medicamento. A asimismo la madre indica que por lo general los episodios de dolores de cabeza y estómago del menor han estado relacionados a situaciones de estrés ante las cuales, refiere: “me empezaba a doler fuerte mi cabeza, le llamaban a mi mamá y ella me llevaba a la casa a descansar”.

### Estructura familiar



### Relaciones familiares

Padre: Marco, de 45 años de edad, tiene secundaria completa. Hasta diciembre del 2018 trabajaba de obrero en una mina por lo cual participaba en el ambiente familiar algunos fines de semana, en la actualidad labora de taxista. La madre del menor lo describe como poco afectuoso e impulsivo en sus reacciones, por lo cual la progenitora desde que el usuario es pequeño ha interferido para que no le llame la atención al menor o le pegue frente a un mal comportamiento como lo hacía con sus otros hijos cuando eran pequeños. El menor refiere que

su papá no es tan bueno ni tan malo, porque le compra lo que se le antoja de comida, pero le grita si está enojado, refiere que nunca le ha pegado pero que le da miedo cuando se enoja.

Madre: Carmen de 43 años de edad, tiene secundaria completa, pero evita ser ella quien apoye en sus tareas al menor porque refiere que ya se ha olvidado lo que estudio. Anteriormente se ocupaba solo de la casa, pero ahora ha empezado a trabajar en un restaurante de moza y en una tienda de abarrotes, motivada por apoyar en la economía familiar y porque se siente tensa desde que su pareja empezó a permanecer más tiempo en casa. Se describe como una mujer nerviosa. El menor refiere que quiere mucho a su mamá, que es buena y que él la hace llorar.

Hermano: José de 21 años de edad, terminó su secundaria y se encontraba estudiando en una universidad privada en la ciudad de Ica. En el presente año ha retornado a la casa de los progenitores. Renato refiere que su hermano José es malcriado por que hace renegar a su mamá y no le hace caso, agrega que en ocasiones le trae comida de la calle y ven televisión juntos.

Hermana: Marcela tiene 14 años de edad, se encuentra cursando el 2do grado de secundaria, su rendimiento académico es bueno, sin embargo, es calificada por su progenitora como caprichosa. Apoya al menor en la realización de tareas escolares, perdiendo en ocasiones la paciencia empieza a indicar perseverantemente al menor la forma de hacer la tarea frente a lo cual el usuario se queda callado y se pone a llorar. El menor refiere que su hermana es buena porque le ayuda a hacer sus tareas.

### **Antecedentes psiquiátricos de la familia**

La madre del menor refiere haber sido víctima de abandono por parte de su madre y maltrato físico y psicológico por parte de su criadora (abuela materna), así como de abuso sexual por una persona desconocida a los 11 años hecho que no se lo contó a nadie, hasta que a los 22 años conoció a su pareja actual. Refiere haber presentado ideaciones suicidas en su adolescencia. Se describe como una persona impresionable y nerviosa. Tiene una hermana que se encuentra en tratamiento por trastorno de depresión.

### 2.5.3 Instrumentos Psicológicos aplicados

#### Informe del inventario de personalidad Eysenck niños

##### 1.-Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	R.S.G
Edad	:	9 años
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Lima, 10 de setiembre del 2012
Grado de Instrucción	:	3ero. Primaria
Lugar de entrevista	:	Consultorio
Psicóloga	:	Denise Pilar Inga Villanueva
Fecha de evaluacion	:	23 de octubre de 2019

##### 2.- Motivo de evaluación

Evaluacion de los rasgos de personalidad

##### 3.- Tecnicas e instrumentos aplicados

Entrevista

Observacion psicologica

Inventario de Personalidad Eysenck Niños forma "A"

##### 4.- Resultados

Dimensión	Puntaje directo	Diagnóstico
Extraversión	8	Introversión
Neuroticismo	17	Inestabilidad
Veracidad	4	Válido

##### 5.- Interpretación de resultados

El usuario presenta características de personalidad introvertida, es reservado, gusta mas de la actividad intelectual que de la práctica, es ordenado, ansioso, inseguro, hipersensible,

vulnerable a los acontecimientos externos frente a los cuales se condiciona con facilidad, los cambios en su rutina le afectan y le toma tiempo adaptarse. Presenta una inadecuada organización de su personalidad, poco tolerante a situaciones de conflicto, dependiente, sugestionable, rígido.

El puntaje obtenido en la dimensión de validez está dentro de los rangos esperados para su edad siendo válidos los resultados obtenidos

## **6.- Conclusiones**

El evaluado se caracteriza por presentar rasgos de personalidad introvertido, con fácil tendencia a la emotividad, ansiedad e inestabilidad emocional.

## **7.- Recomendaciones y/o sugerencias**

Participar en un programa de modificación de conducta con el fin de modificar patrones de comportamiento en desarrollo.

### **Informe de la escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.**

#### **1.- Datos de filiación**

Nombres y Apellidos	:	R.S.G
Edad	:	9 años
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Lima, 10 de setiembre del 2012
Grado de Instrucción	:	3ero. Primaria
Lugar de entrevista	:	Consultorio
Psicóloga	:	Denise Pilar Inga Villanueva
Fecha de evaluación	:	23 de octubre de 2019



## 2.- Motivo de evaluación

Evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad en el paciente

## 3.- Instrumento aplicado

Entrevista

Observación psicológica

Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.

## 4.- Resultados

	Puntuación natural	Percentil	Puntuación t o puntuación escalar
TOTAL:	21	93	65
I:	6	70	11
II:	10	96	15
III:	5	81	12
M	2	35	8

## 5.- Interpretación de resultados

En relación a la ansiedad manifiesta, la dimensión preocupaciones sociales/concentración reportó el nivel promedio más alto, el usuario se enfoca en los pensamientos distractores y ciertos miedos, de naturaleza social o interpersonal en su mayoría, que traen como consecuencia dificultades con la concentración y atención. Seguidamente la dimensión ansiedad inquietud/ hipersensibilidad obtuvo un nivel promedio alto el cual está asociada con preocupación y con miedos de ser lastimado o aislado de forma emocional. Finalmente, la dimensión ansiedad fisiológica, está asociada a dificultades del sueño, náusea y fatiga, que son manifestaciones fisiológicas de la ansiedad.

## 6.- Conclusiones

El paciente manifiesta altos niveles de ansiedad lo que le ocasiona pensamientos distractores, miedos en sus actividades diarias y sus relaciones interpersonales. También la ansiedad le genera respuestas fisiológicas como dolores de cabeza, estómago, fatiga y alteraciones del sueño.

## **7.- Recomendaciones y/o sugerencias**

Se recomienda que el usuario participe en un tratamiento especializado de corte cognitivo conductual que incluya disminución de la respuesta de ansiedad Considerando las características propias de la etapa de desarrollo y la implicación activa de la familia como red de apoyo fundamental para el niño.

## **Informe de la prueba de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC)**

### **1. Datos de filiación**

Nombres y Apellidos	:	R.S.G
Edad	:	9 años
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Lima, 10 de setiembre del 2012
Grado de Instrucción	:	3ero. Primaria
Lugar de entrevista	:	Consultorio
Psicóloga	:	Denise Pilar Inga Villanueva
Fecha de evaluacion	:	30 de octubre de 2019

### **2 Motivo de evaluación**

Determinación objetiva de ansiedad estado y rasgo en el menor.

### **3 Instrumentos aplicado**

Entrevista

Observacion psicologica

Prueba de Autoevaluación Ansiedad Estado /Rasgo En Niños (Staic)

#### 4 Resultados

	Puntuación Directa	Percentil
Ansiedad Estado	44	97
Ansiedad Rasgo	54	99

#### 5.- Interpretación de resultados

Los resultados del cuestionario indican que Renato presenta un estado de ansiedad Alto dado que presenta altos niveles de preocupación por cosas que puedan ocurrir entorno al colegio, miedo, angustia, aumento en la frecuencia cardíaca, insomnio, dificultades para tomar decisiones, sentimientos de tristeza y deseos de llorar.

#### 6.- Conclusiones

El usuario presenta altos niveles de ansiedad como rasgos de su personalidad.

#### 7.- Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda que el usuario participe en un tratamiento especializado de terapia cognitiva con el objetivo de reestructurar pensamientos distorsionados que generan temores, angustia y preocupación que mantienen su conducta evasiva de asistencia a clases.

### Informe del inventario de Temores Infantiles de Anicama

#### 1.- Datos de filiación

Nombres y Apellidos : R.S.G  
 Edad : 9 años  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: Lima, 10 de setiembre del 2012  
 Grado de Instrucción : 3ero. Primaria  
 Lugar de entrevista : Consultorio  
 Psicóloga : Denise Pilar Inga Villanueva  
 Fecha de evaluación : 30 de octubre de 2019

## 2.- Motivo de evaluación

Determinación del perfil de temores

## 3.- Instrumento aplicado

Entrevista

Observación psicológica

Inventario de Temores Infantiles - José Anicama G

## 4.- Resultados

Objetos Y De Experiencia	Grado De Perturbación	Valoración Diagnóstica
Gritos	3	Temor exacerbado
Gente con autoridad (profesor, directos, etc)	3	Temor exacerbado
Ser criticado o regañado	3	Temor exacerbado
Que tus amigos no te quieran	3	Temor exacerbado
Cometer errores o equivocarse	3	Temor exacerbado
Dar exámenes escritos	3	Temor exacerbado
Dar exámenes orales	3	Temor exacerbado
Salir a la pizarra	3	Temor exacerbado
Que te pregunten antes que ha todos tus compañeros en clases	3	Temor exacerbado
Que se burlen de ti en clases	3	Temor exacerbado
Hacer preguntas a la profesora	3	Temor exacerbado

## 5.- Interpretación de resultados

Renato presenta en su conducta temores exacerbados, coincidiendo estos con los señalados en la historia clínica y entrevista.

## 6.- Conclusiones

El evaluado presenta temores exacerbados relacionados al contexto escolar.

## 7.- Recomendaciones y/o sugerencias

Se recomienda que Renato participe en un tratamiento cognitivo conductual la cual incluya modificación de comportamientos inadecuados, fomentando conductas de afrontamiento a las situaciones fóbicas.

### 2.5.4. Análisis e interpretación de Resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones.

#### Informe psicologico integrado

##### 1.- Datos de filiación

Nombres y Apellidos	:	R.S.G
Edad	:	9 años
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Lima, 10 de setiembre del 2010
Grado de Instrucción	:	3ero. Primaria
Lugar de entrevista	:	Consultorio
Psicóloga	:	Denise Pilar Inga Villanueva
Fecha de evaluacion	:	23,30 de octubre de 2019

## **2.- Técnicas e instrumentos aplicados**

Entrevista

Observación psicológica

Inventario de personalidad de Eysenck "A"

Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R.

Prueba de Autoevaluación Ansiedad Estado /Rasgo En Niños (Staic)

Inventario de temores Infantiles (José Anicama)

## **3.-Interpretación de resultados**

El usuario presenta rasgos de introversión con tendencia a la inestabilidad emocional, es retraído socialmente, gusta más de la actividad intelectual que de la práctica, es ordenado, inseguro e hipersensible, vulnerable a los acontecimientos externos, a los cuales reacciona experimentando altos niveles de ansiedad, le cuesta tiempo adaptarse, es más emotivo, sugestionable y rígido; lo cual lo acerca más a los procesos fóbicos. Muestra en su conducta variedad de temores exacerbados relacionados al contexto escolar.

Asimismo el paciente presenta respuestas de ansiedad, con inquietud e hipersensibilidad así como preocupación frente a las expectativas sociales. Presenta un estado de ansiedad Alto dado que presenta altos niveles de preocupación por cosas que puedan ocurrir entorno al colegio, miedo, angustia, aumento en la frecuencia cardiaca, insomnio, dificultades para tomar decisiones, sentimientos de tristeza y deseos de llorar.

## **5.-Conclusiones**

Renato se caracteriza por presentar rasgos de personalidad introvertido, con fácil tendencia a la emotividad, ansiedad e inestabilidad emocional. Manifiesta altos niveles de ansiedad como rasgos de su personalidad lo que le ocasiona pensamientos distractores, miedos exacerbados en sus actividades relacionadas al contexto escolar y sus actividades diarias. También la ansiedad le genera respuestas fisiológicas como dolores de cabeza, estomago, fatiga y alteraciones del sueño.

## **6.- Recomendaciones y/o sugerencias**

Se recomienda que Renato participe en un tratamiento especializado que incluya la modificación de comportamientos inadecuados como es la evitación de asistir a clases, incrementando conductas de tranquilidad y afrontamiento a estímulos disparadores de temor específicos (tono de voz del docente, revisión de tareas, asistencia a clases, participación con sus pares en el colegio). se trabaje habilidades sociales que aseguren mantenimiento de logros alcanzados.

Se sugiere procedimientos terapéuticos accesibles a la etapa infantil que considere las características propias de la etapa de desarrollo y la implicación activa de la familia como red de apoyo fundamental para el niño.

## **2.6 Intervención**

### **2.6.1 Plan de intervención**

#### **Diagnostico tradicional**

De acuerdo a los criterios de diagnósticos del CIE-10, la actual problemática evidenciada por el paciente se encuentra ubicada dentro de los Trastornos de Ansiedad Fóbica, tratándose específicamente de una Fobia Específica (aislada). En el presente caso se observan características principales del mismo, tales como presentar miedo marcado e irracional a una situación específica así mismo como su evitación excesiva, ritmo cardiaco acelerado, sudoración excesiva de las manos, sensación de ahogo y desvanecimiento, dificultad para respirar, dolor de estómago, enrojecimiento del rostro y presentando malestar emocional significativo marcados por el miedo y la ansiedad desproporcionada ante la situación específica, repercutiendo en sus actividades académicas y relaciones interpersonales con sus pares así como en el desarrollo personal de la paciente.

## Línea base

Repertorio de entrada: Presentamos el registro antes de iniciar con la intervención terapéutica.

**Tabla 2**

*Línea base: frecuencia de pensamientos negativos del usuario.*

Pensamientos negativos	L	M	M	J	V	S	D	Total
“mi profesor me va castigar y me va gritar”	3	4	4	5	4	3	2	25
“tengo que tratar de no tener miedo porque si me ven llorar mis amigos dirán que son un llorón”	5	4	3	4	4	3	3	26
“ahora mi profesor me va gritar por venir con mi mamá”	4	3	3	4	4	3	5	26
“mis compañeros van a ver que soy muy tonto por no hacer bien la tarea”	3	4	3	4	3	2	3	25

Se presenta el registro de frecuencia de los pensamientos negativos antes de inicio de la intervención terapéutica.

**Tabla 3**

*Línea base: registro de emociones negativas según su frecuencia.*

Conducta	Frecuencia /intensidad	L	M	M	J	V	Total
Miedo	F	4	4	5	5	4	22
	I	9	8	9	8	8	8
Ansiedad	F	4	5	6	5	6	26
	I	10	9	9	10	9	09

Se observa la frecuencia e intensidad de las emociones que perturban al menor, siendo la ansiedad con mayor frecuencia, seguido del miedo. La intensidad de la ansiedad se diferencia en solo un punto del miedo.



**Tabla 4***Línea Base: Registro de conducta: frecuencia*

Conductas	L	M	M	J	V	S	D	Total
Llora y agacha la mirada.	3	5	4	4	3	2	2	3
Camina lento .	1	3	3	4	3	2	2	18
Encierra en el baño y se niega retornar al salón.	4	3	5	4	4	3	2	26
Tensión muscular.	5	4	3	4	3	2	2	23
Postura rígida	5	4	3	4	3	2	2	23

Se observa la frecuencia de las conductas presenta el menor antes de la intervención

## Diagnóstico Funcional

### Conductas en Exceso

- ✓ La madre refuerza positivamente al niño cuando este se retira del aula y se encierra en el baño.
- ✓ Llorar cuando llega al colegio e ingresa al salón de clase y nota que la madre se retira.
- ✓ Salir del salón por el miedo ante la presencia del profesor, encerrándose en el baño y negándose a retornar al aula.
- ✓ Experimentar manifestaciones fisiológicas tales como: sudoración de manos enrojecimiento del rostro y aceleración del ritmo cardíaco cuando el profesor lo mira fijamente.
- ✓ Pensamientos irracionales, tales como:
  - “mi profesor me va castigar y me va gritar”
  - “tengo que tratar de no tener miedo porque si me ven llorar mis amigos dirán que soy un llorón”

“ahora mi profesor me va gritar por venir con mi mamá”

- ✓ Pensamientos de auto-reproche, tales como:

“mis compañeros van a ver que soy muy tonto por no hacer bien la tarea”

### **Conductas en Déficit**

- ✓ Baja tolerancia a la frustración frente a situaciones académicas (revisión de tareas y preguntas en clase.)
- ✓ Habilidades sociales inadecuadas con sus pares y figuras de autoridad.
- ✓ Pensamientos racionales frente a situaciones cotidianas en su entorno (colegio).
- ✓ Respuestas adaptativas frente a las críticas constructivas.
- ✓ Llegar solo a su aula de clase.
- ✓ Capacidad de adaptarse a situaciones nuevas.

**Tabla 5**  
*Análisis funcional*

Ed	R	Er
Ed externos	<b>Fisiológico</b>	<b>Erf externos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Cambio de docente</b></li> <li>✓ <b>Cuando el niño llega al colegio</b></li> <li>✓ <b>Cuando el docente le mira fijamente.</b></li> <li>✓ <b>Revisión de las tareas del docente</b></li> <li>✓ <b>Cuando la madre le acompaña hasta el aula.</b></li> <li>✓ <b>Cuando sus compañeros se burlan del</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aceleración de los latidos cardiacos</li> <li>✓ Dificultad para respirar</li> <li>✓ Sensación de ahogo</li> <li>✓ Sensación de desvanecimiento</li> <li>✓ Enrojecimiento del rostro</li> <li>✓ Dolor de estómago</li> <li>✓ Sudoración excesiva de manos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presencia de la madre</li> <li>✓ Llamadas de atención del profesor</li> <li>✓ Conductas de afecto de la madre</li> <li>✓ Acompañamiento por parte de la madre al colegio</li> <li>✓ Cuando la madre conversa con los docentes</li> <li>✓ El traslado de la directora a su salón cuando se encierra en el baño</li> </ul>
Ed internos	<b>Emocional</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Pensar que su profesor le gritara por llegar con la madre.</b></li> <li>✓ <b>Pensar que sus compañeros lo criticaran</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ansiedad (9/10)</li> <li>✓ Miedo (8/10).</li> </ul>	
	<b>Motor/ conductual</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lloro y agacha la mirada</li> <li>✓ Camina lento cuando se está acercando al colegio.</li> <li>✓ Sale del aula</li> <li>✓ Se encierra en el baño y se niega retornar al salón</li> </ul>	
	<b>Cognitiva</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “mi profesor me va castigar y me va gritar”</li> <li>✓ “tengo que tratar de no tener miedo porque si me ven llorar mis amigos dirán que soy un llorón”</li> <li>✓ “ahora mi profesor me va gritar por venir con mi mamá”</li> <li>✓ “mis compañeros van a ver que soy muy tonto por no hacer bien la tarea”</li> </ul>	

## **Objetivos terapéuticos**

### **Objetivo general**

Disminuir los síntomas de la fobia específica en un niño de 9 años, aplicando un programa de modificación de la conducta.

### **Objetivos específicos**

- Disminuir la conducta de la madre referente a reforzar positivamente cuando el niño se retira del aula y se encierra en el baño.
- Disminuir el nivel de activación fisiológica, mediante técnicas de relajación.
- Reestructurar los pensamientos distorsionados relacionados con la fobia específica.
- Disminuir los pensamientos de auto reproche.
- Incrementar y fortalecer las habilidades sociales.
- Disminuir la conducta de llorar cuando llega al colegio e ingresa al salón de clase.
- Disminuir la conducta de salir del salón encerrándose en el baño y negándose a retornar al aula.

### **2.6.2 Programa de intervención**

Se presentaron las sesiones terapéuticas, trabajadas bajo el modelo cognitivo conductual, con técnicas y actividades, adaptadas al caso clínico abordado. El tratamiento se prolongó a lo largo de 10 sesiones, cada una con 50-60 minutos de duración, previstas inicialmente con una periodicidad de una vez por semana, La intervención tuvo una duración aproximada de seis meses, desde la entrevista hasta la evaluación final del tratamiento.

## Etapa informativa

**Tabla 6**

*Primera Sesión de la etapa informativa*

Objetivo	Técnica	Desarrollo de la actividad
<p>Informar a los padres y paciente sobre las características del diagnóstico, el plan de tratamiento y las sesiones a llevarse a cabo (1 vez a la semana).</p>	<p>Psicoeducación</p>	<p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se les dio la bienvenida a los padres a la primera sesión de terapia.</li> <li>• Se conversó sobre el tema explicándoles de una manera concisa lo que es el trastorno de fobia específica y como este afecta la vida de muchas personas al igual que a él.</li> <li>• Se estableció que las sesiones se desarrollarán una vez a la semana, lo cual tendrá una duración de 60 minutos.</li> <li>• Evitar traer dulces y/o juguetes a sesión</li> <li>• Cumplir con las tareas y ejercicios que se dejen para la semana.</li> <li>• Se enfatizó en la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento.</li> </ul> <p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer el rapport de manera lúdica.</li> <li>• Informar al paciente en un lenguaje sencillo y comprensivo referente al diagnóstico.</li> <li>• Se estableció normas de convivencia a desarrollar durante el tratamiento.</li> </ul>

## Etapa de Entrenamiento

**Tabla 7**

*Segunda Sesión para lograr el objetivo N° 2*

Objetivo	Técnica	Desarrollo de la actividad
Disminuir el nivel de activación fisiológica.	Técnica de relajación (Técnica del globo)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le explico al niño que en este juego un globo es parecido a una persona. es decir: un globo puede inflarse y contener mucho aire dentro, pero si el globo se excede de la cantidad de aire que puede tener este se revienta.</li> <li>• Cogemos un globo y comenzamos a echarle aire, as cuando nos ponemos nerviosos vamos acumulando tensión en nuestro interior al igual que el globo acumula aire. si Inflamos el globo hasta que éste explote, es igual la tensión llene nuestro cuerpo como el aire en el globo, al final explotaremos igual que el globo.</li> <li>• Ahora que ya cogiste el aire lo vas retener por unos segundos y observa que pasa en tu cuerpo, bien ahora soltaras el aire recuerdas el globo se está desinflando de ese modo lo haremos</li> <li>• Bien ahora lo haremos juntos y lo repetimos varias veces a un ritmo lento y observa lo que ocurre en nuestro cuerpo cuando cogemos aire y lo votamos.</li> <li>• Capacitar a los padres para que ayude al menor en la práctica de la técnica en casa, educándolos sobre la importancia de controlar la tensión en el niño.</li> <li>• Se le brinda a los padres un registro diario para que junto con el niños realicen el desarrollo del mismo midiendo el nivel de ansiedad.</li> </ul>

**Tabla 8***Tercera Sesión para lograr el objetivo N° 2*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Disminuir el nivel de activación fisiológica.	Técnica de relajación de Jacobson.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicarle al niño la técnica con la visualización de un video lúdico para facilitar su comprensión y práctica.</li> <li>• Se le pidió que vaya indicando las características que recuerde y tratara de darle un concepto con sus propias palabras.</li> </ul>
	Modelado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediante la técnica del modelado se le enseñó a realizar la tensión y relajación de los diferentes grupos músculos que están inmersos en la técnica.</li> <li>• Al finalizar la técnica se le explica al niño que dicha práctica le ayudara a disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad</li> <li>• Reforzar la información a los padres para que ayude al menor en la práctica de la técnica en casa, educándolos sobre la importancia de controlar la tensión en el niño.</li> <li>• Se le brinda a los padres un registro diario para que junto con el niños realicen el desarrollo del mismo midiendo el nivel de ansiedad.</li> </ul>

## Etapa de ejecución

**Tabla 9**

*Cuarta Sesión para lograr el objetivo N° 3*

Objetivo	Técnica	Desarrollo de la actividad
Reestructurar los pensamientos distorsionados relacionados con la fobia específica	Técnica el globo de los pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se trabajó con el paciente en Identificar distintos tipos de pensamientos que las personas tienen en distintas situaciones</li> <li>• Se mostró al niño un dibujo de una persona, en el cual dibujamos un círculo sobre su cabeza al que llamaremos globo de los pensamientos.</li> <li>• Preguntamos al niño ¿en que podría estar pensando esa persona?</li> <li>• Se invita al niño a escribir los posibles pensamientos de la persona.</li> </ul>
	Lista de pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se le brindo un caso para poder identificar los pensamientos de los personajes.</li> <li>• Una maestra anuncia a la clase que irán de excursión a una pista de patinaje. conocamos dos alumnos de esa clase. Cristian toma clases de patinaje regularmente desde hace un año y espera poder competir alguna vez en un torneo. Federico patino solo una vez. perdió la cuenta de todas las caídas que tuvo y se fue a casa con los tobillos doloridos.</li> <li>• Se le pregunta al niño ¿Qué crees que estarán pensando Cristian y Federico al oír el anuncio de la maestra? ¿crees que tendrán pensamientos similares o distintos?</li> <li>• Al finalizar la técnica se le explica al niño que dicha práctica le ayudara a identificar sus pensamientos negativos.</li> <li>• Reforzar la información a los padres para que ayude al menor en la práctica de la técnica en casa, educándolos sobre la importancia de identificar sus pensamientos distorsionados del niño.</li> <li>• Se le brinda a los padres un registro diario de pensamientos negativos para que junto con el niño realicen el desarrollo del mismo.</li> </ul>



**Tabla 10***Quinta Sesión para lograr el objetivo N° 3*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Reestructurar los pensamientos distorsionados relacionados con la fobia específica	Técnica del debate socrático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sustituir los pensamientos irracionales por unos más adaptativos construyendo por sí mismo una conceptualización nueva.</li> <li>• Se formularon varias preguntas acerca de su desvalorización frente a su maestro y compañeros de clase: ¿cómo podrías saber que lo que dices es verdad?</li> <li>✓ Supón que te equivocas al respecto de lo piensas de tu maestro y compañeros; ¿Qué consecuencias tendría eso?</li> <li>✓ ¿Cómo llegas a la conclusión de que tus compañeros piensan que por no hacer bien la tarea eres un tonto?</li> <li>✓ ¿Por qué piensas que tu profesor te va castigar?</li>   <li>• Al finalizar la técnica se le explica al niño que dicha práctica le ayudara a identificar sus pensamientos negativos.</li> <li>• Se le brinda a los padres un registro para sustituir sus pensamientos negativos con pensamientos alternativos, para que junto con el niño realicen el desarrollo del mismo.</li> </ul>

**Tabla 11***Sexta Sesión para lograr el objetivo N° 4*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Disminuir los pensamientos de auto reproche.	Registro de auto reproche.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al niño que aprenda a discriminar que ante una situación se dan una serie de pensamientos, muchos de ellos a manera de reproches los que causan una emoción y un nivel de ansiedad.</li> <li>• Se le enseñó a llenar la ficha de registro (situaciones en las que se presenta el evento activador).</li> <li>• Se le indica que registre la emoción que experimenta frente a las situaciones que generan el auto reproche.</li> <li>• SUD de las emociones que se le presenten: se le pidió que, así como en los ejercicios de relajación hay un SUD inicial y final, en estas situaciones también se da un nivel de ansiedad del 0 al 10.</li> </ul>

**Tabla 12***Séptima Sesión para lograr el objetivo N° 5*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Incrementar y fortalecer las habilidades sociales.	Modelado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al niño que aprenda a iniciar y mantener conversaciones o interacciones con sus compañeros.</li> <li>• el terapeuta con la ayuda de material audio visual explica brevemente en qué consiste la habilidad de “mantener conversaciones o interacciones” Además, señala distintos tipos de conversaciones en función de la situación que vive el niño.</li> <li>• Se explica brevemente de los beneficios de saber iniciar conversaciones, así como de las desventajas que supone no saber hacerlo, con la finalidad que Renato aprenda de ello. Asimismo se emplea el procedimiento de “lluvia de ideas”, de modo que Renato con sus propias definiciones señale las ventajas que Cree que aporta un buen uso de la habilidad, así como las desventajas que supone no tenerla. Después de ello se le indica los pasos específicos para poner en uso la habilidad.</li> <li>• El terapeuta, se encarga de modelar las conductas y habilidades necesarias para mantener una conversación mientras va explicando en voz alta a Renato sobre estas conductas, lo que se requiere es que Renato observe todos los aspectos necesarios para mantener una conversación con su profesor y amigos de forma continua. Se trabaja una situación como ejemplo del mantenimiento de conversaciones. <b>Hacer preguntas a sus compañeros sobre situaciones de clase.</b></li> <li>• Al finalizar la sesión se le asigna la tarea de poner en práctica lo aprendido en sesión para lo cual se le explica y brinda el registro a utilizar. Asimismo también se explica a los padres sobre la técnica utilizada y los resultados obtenidos en la sesión.</li> </ul>

**Tabla 13***Octava sesión para lograr el objetivo N° 5*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Incrementar y fortalecer las habilidades sociales con sus pares y figura de autoridad.	Técnica para tratar con los demás	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inicia estableciendo el rapport con el usuario, preguntándole de como se ha sentido en el transcurso de la semana y revisando la tarea asignada, ante el cumplimiento de la misma se le brinda un reforzador positivo (elogios)</li> <li>• Se le brinda una breve explicación sobre la importancia de relacionarse con los demás y saberlo realizarlo, para ello se le brinda algunos aspectos a tener en cuenta: ver anexo xx</li> <li>• Luego se procede a realizar la practica en la sesión con situaciones cotidianas en sus relaciones con pares y profesor.</li> <li>• Al finalizar la sesion se le asigna la tarea de poner en practica lo aprendido en sesion teniendo en cuenta las situaciones con profesor.</li> <li>• Se explica brevemente a los padres de familia sobre lo trabajado en sesión, se les brinda un reforzamiento positivo (elogios).</li> </ul>

**Tabla 14**

*Novena Sesión para lograr el objetivo N° 6 -7*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Disminuir la conducta de llorar al ingresar al salón de clase y reducir la conducta de escape de retirarse al baño.	Desensibilización sistemática en imaginería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta sesión lo que se busca es que el paciente se exponga a la fobia específica mediante la desensibilización sistemática en imaginería.</li> <li>• Junto con el usuario se estableció la jerarquización de situaciones fóbicas que presenta, siendo el que le coloca el SUD según sus sensaciones.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mirada fija del docente (10)</li> <li>2. ingresar al salón (9)</li> <li>3. Permanecer en el aula (10)</li> <li>4. Cuando su mamá lo deja en el salón de clase (7)</li> <li>5. Revisión de tareas (10)</li> <li>6. Preguntar sobre las clases a sus compañeros (6)</li> </ol> </li> <li>• Después de ello se procede a practicar la técnica de relajación aprendidas en las sesiones 2- 3 durante 5 minutos</li> <li>• Durante el estado de relajación se le expone en imaginería a los estímulos fóbicos.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preguntar sobre las clases a sus compañeros (6)</li> <li>2. Cuando su mamá lo deja en el salón de clase.</li> </ol> </li> </ul> <p>después de realizar la técnica se procede a dejar la tarea para casa el cual consiste en practicar lo aprendido en sesión todos los días durante 20 minutos y registrar el grado de activación.</p> <p>Se cierra la sesión con una breve explicación a los padres de familia.</p>

**Tabla 15***Decima Sesión para lograr el objetivo N° 6-7*

<b>Objetivo</b>	<b>Técnica</b>	<b>Desarrollo de la actividad</b>
Disminuir la conducta de llorar al ingresar al salón de clase y reducir la conducta de escape al baño.	Desensibilización sistemática en imaginiería	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En esta sesión lo que se busca es que el paciente se exponga a la fobia específica mediante la desensibilización sistemática en imaginiería.</li> <li>• Al iniciar la sesión se establece el rapport con el usuario y se revisa de manera conjunto su registro de la tarea asignada en la sesión anterior, en el cual renato explica su experiencia.</li>   <li>• Nuevamente se procede a practicar la técnica de relajación aprendidas en las sesiones 2- 3 durante 5 minutos</li>   <li>• Durante el estado de relajación se le expone en imaginiería a los estímulos fóbicos.</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">ingresar al salón (9)  Mirada fija del docente (10)  Permanecer en el aula (10)  Revisión de tareas (10)</p> <p>Después de realizar la técnica se procede a dejar la tarea para casa el cual consiste en practicar lo aprendido en casa durante 2 semanas y registrar el grado de activación.</p> <p>Se cierra la sesión con una breve explicación a los padres de familia y se pacta la siguiente sesión que se desarrollara en 2 semanas.</p>

## FASE DE CIERRE

**Tabla 16**

*Onceava sesión de la fase de cierre*

Objetivo	Técnica	Desarrollo de la actividad
Finalizar el proceso terapéutico con el usuario y padres de familia.	Psi coeducación Reforzadores positivos (verbales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se analiza los registros utilizados durante todo el proceso, el cual permite identificar los avances obtenidos</li> <li>• En esta sesión se explica de manera detallada sobre las técnicas aplicadas y los resultados obtenidos en la terapia, instando a los padres en motivar al paciente en seguir utilizando las técnicas para mantener y mejorar conductas desarrolladas en el proceso terapéutico.</li> <li>• Se establece que la sesión de seguimiento se realizara en dos meses.</li> </ul>

### III. Resultados

#### 3.1 Resultados pre y post intervención

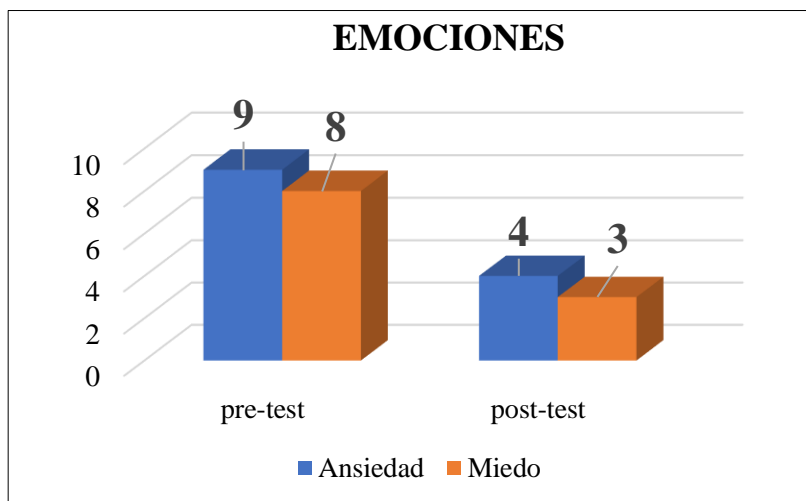
Evaluación al finalizar el tratamiento Se evidencia con el registro de línea base después de la intervención terapéutica la disminución de los síntomas ansiosos del usuario, en lo cognitivo con la modificación de pensamientos negativos los cuales determinaron la reducción la conducta evitativa.

**Tabla 17**

*Resultados pre y post intervención de las emociones*

Emociones	pre-test	post-test
Ansiedad	9	4
Miedo	8	3

**Figura 1:** Comparación de resultados de las emociones



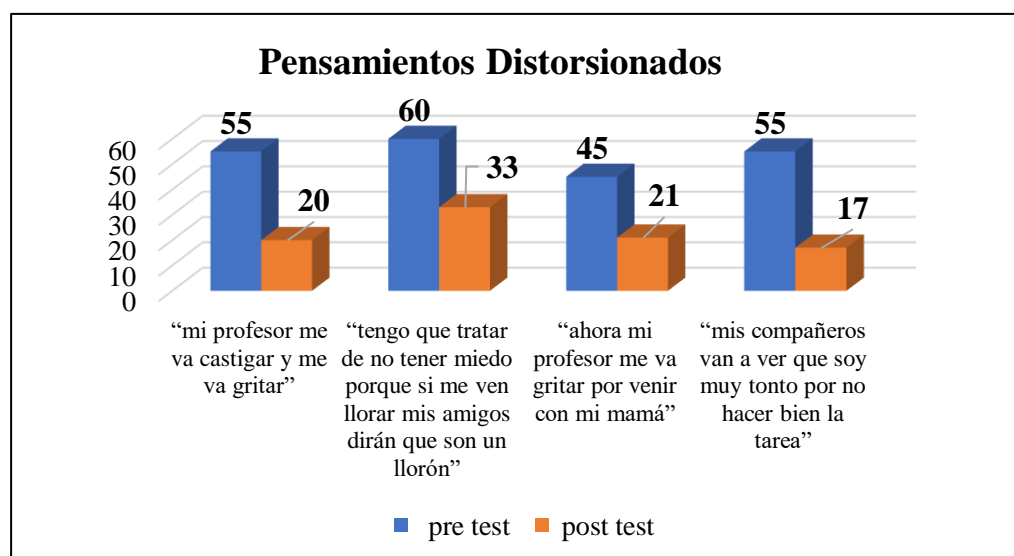
En la figura 1 se Observa que las emociones ansiedad y miedo disminuyeron significativamente



**Tabla 18**

*Resultados pre y post intervención de los pensamientos distorsionados.*

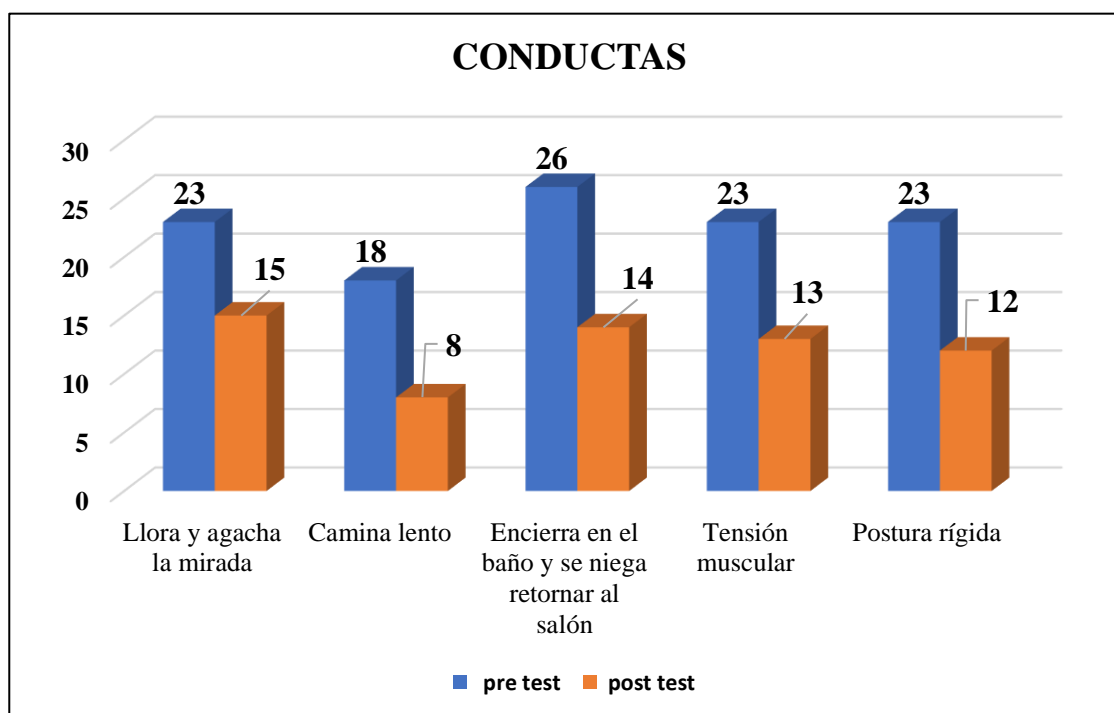
<b>Pensamiento Distorsionado</b>	<b>pre test</b>	<b>post test</b>
“mi profesor me va castigar y me va gritar”	55	20
“tengo que tratar de no tener miedo porque si me ven llorar mis amigos dirán que son un llorón”	60	33
“ahora mi profesor me va gritar por venir con mi mamá”	45	21
“mis compañeros van a ver que soy muy tonto por no hacer bien la tarea”	55	17

**Figura 2:** *comparación de resultados de los pensamientos distorsionados*

En la figura 2 se observa que el pensamiento con mayor disminución fue: “mis compañeros van a ver que soy tonto por no hacer bien la tarea” seguido del pensamiento de “mi profesor me va castigar y me va gritar” y “ahora mi profesor me va gritar por venir con mi mamá” lo cual nos indica que hubo una disminución significativa de los pensamientos distorsionados que afectaban al paciente.

**Tabla 19:** resultados pre y post intervención de las conductas

Conductas	pre test	post test
Llora y agacha la mirada	23	15
Camina lento	18	8
Encierra en el baño y se niega retornar al salón	26	14
Tensión muscular	23	13
Postura rígida	23	12

**Figura 3:** comparación de resultados de las conductas

En la figura 3 se observa que la conducta con mayor disminución en el paciente fue camina lento, seguido por postura rígida, tensión muscular, encerrarse en el baño y negarse a retornar al salón, esta disminución favorece de manera significativa al paciente.

### 3.2 Discusión de resultados

Esta investigación tuvo como objetivo disminuir los síntomas de la fobia específica en un niño de 9 años, aplicando un programa de modificación de la conducta, quien presentaba pensamientos irracionales, generando en las emociones intensas de ansiedad, miedo y conductas evitativas. Se empleó un diseño tipo ABA que incluye una evaluación de entrada, la intervención terapéutica y una evaluación de salida. Asimismo, el caso se abordó bajo el modelo cognitivo conductual.

Los resultados del presente caso muestran que se logró alcanzar los objetivos planteados, es decir el usuario disminuyó las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales, las cuales le generaban disturbio emocional y conductas evitativas ante la presencia del profesor en el salón de clase. Cabe destacar que con ello se corrobora la eficacia de la intervención cognitivo conductual en casos de fobia específica con resultados favorables, resultados que coinciden con los expuestos en investigaciones como las realizadas por Mendoza (2020), Guarniz (2019), Laya (2018), Noguera (2018), Lora (2018) y Jaimes (2017) quienes aplicaron un programa cognitivo conductual donde utilizaron técnicas tales como : psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, exposición en vivo e imaginaria, habilidades sociales, teniendo como resultado la disminución de los estados de ansiedad en la modalidad de fobia específica, que vienen acompañando al trastorno. Asimismo, se confirma la importancia de llevar a cabo las sesiones semanales y sobre todo la adherencia y compromiso mostrado por el usuario y la familia durante el tratamiento; además se hace hincapié que en este caso, los pensamientos distorsionados que generaban emociones poco saludables y conductas de evitación y llanto, se lograron reducir con la aplicación de las técnicas de exposición y reestructuración cognitiva tal como se muestra en diferentes investigaciones locales e internacionales.

Respecto al tratamiento quedaron atrás las técnicas terapéuticas para el tratamiento de la fobia específica que en el siglo XX se limitaban únicamente al psicoanálisis a diferencia de la actualidad que se han incorporado las terapias cognitivas como la terapia racional emotiva de Albert Ellis, con la finalidad de cambiar los patrones del pensamiento por otros más adaptativos y disminuir la afectación psicológica del paciente.

### **3.3 Seguimiento**

El seguimiento por indisposición de tiempo de la familia no se pudo concretar.

#### IV. Conclusiones

- Se logró disminuir la sintomatología fóbica aplicando un programa de modificación de conducta.
- Se logró reducir la presencia de la madre, la cual reforzaba conductas inadecuadas del menor.
- Se logró reestructurar los pensamientos distorsionados relacionados con la fobia específica.
- Se disminuyó de manera significativa la intensidad y frecuencia de respuestas fisiológicas y emocionales altamente negativas, asociadas a pensamientos distorsionados que activaban la conducta evitativa.
- Se logró disminuir de manera significativa los pensamientos de auto-reproche.
- Se logró incrementar y fortalecer las habilidades sociales del menor, favoreciendo su interacción social.
- Se redujeron significativamente las conductas relacionadas a la fobia específica como llorar al ingresar al salón y escape al baño; incrementando su interacción con sus pares y maestro.

## V. Recomendaciones

- Continuar practicando las técnicas psicológicas aprendidas en la terapia, con la ayuda de los padres, con la finalidad de prevenir que las conductas disfuncionales reaparezcan.
- Realizar una etapa de seguimiento para evitar posible recaída del usuario.
- Asistir a un programa de entrenamiento en habilidades sociales, con el objetivo de mejorar sus relaciones interpersonales.
- Asistir a reuniones familiares, sociales y académicos donde pueda poner en práctica las técnicas aprendidas.
- Asistir a actividades extracurriculares como: natación, karate, baile, etc. que sea del agrado del menor, para su desarrollo personal y mejorar sus habilidades sociales.
- Fomentar la participación del padre en las actividades del niño, como por ejemplo que lo acompañe al colegio, entre otros.
- Participar en terapia de pareja ambos padres con la finalidad de mejorar la comunicación y relación entre ellos, para favorecer el adecuado clima familiar con el niño.

## VI. Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington
- Anxiety & Depression Association of America[ADAA]. (2021). Facts y statistics. <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>
- Bados, A. (20 noviembre 2005). *Fobias Específicas*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/360/1/113.pdf>
- Bados, A. (20 setiembre 2017). *Fobias Específicas*. Universidad de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115722/1/Fobias%20espec%C3%ADficas.pdf>
- Borda, M. (2001). Hematofobia: sincronía en el triple sistema de respuestas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6 (3), 179-196. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3914>
- Capafons, A. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada*. Research Gate. [https://www.researchgate.net/publication/28112232\\_Tratamientos\\_psicologicos\\_eficaces\\_para\\_la\\_ansiedad\\_generalizada](https://www.researchgate.net/publication/28112232_Tratamientos_psicologicos_eficaces_para_la_ansiedad_generalizada)
- Clark, D., y Aron, B. (2010). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. The Guilford Press.
- Chand, S., Marwaha, R., y Bender, M., (2021). *Anxiety (Nursing)*. Steatpearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568761/>
- Da Silva, M. (2019). *Desensibilización Sistemática para la Fobia a los perros en una mujer adulta*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico

Villareal]. Repositorio institucional UNFV.

[http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4617/Da\\_Silva\\_Cornejo\\_Maria\\_del\\_Pilar\\_Segunda\\_Especialidad\\_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y](http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4617/Da_Silva_Cornejo_Maria_del_Pilar_Segunda_Especialidad_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

Ellis, A., y Dryden, W. (1987). *The Practice of Rational-Emotive Therapy*. Springer Publishing.

Español y culturas hispanicas en Valparaiso University (28 setiembre 2020). La salud mental en America Latina. *Hisपालpo*. <https://blogs.valpo.edu/hispavalpo/2020/09/28/la-salud-mental-en-america-latina/>

Fleming, S. (23 enero 2019). Este es el mayor problema de salud mental del mundo, y es posible que no haya oído hablar de él. *Foro económico mundial*. <https://es.weforum.org/agenda/2019/01/este-es-el-mayor-problema-de-salud-mental-del-mundo-y-es-posible-que-no-haya-oido-hablar-de-el/>

Guerra, B. (2007). *Teoría interpersonal*. Universidad de Cuenca. [https://kupdf.net/download/teoria-interpersonal-de-harry-sullivan\\_5984a723dc0d601666300d19\\_pdf](https://kupdf.net/download/teoria-interpersonal-de-harry-sullivan_5984a723dc0d601666300d19_pdf)

Guarniz, A. (2019). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso de trastorno de ansiedad social en la niñez*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5857>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill Education

Instituto Nacional de Salud Mental. [INSM]. (2012). *Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007*. <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-asm-eesm-nya.pdf>



- Jaimés, J. (2017). Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: Un estudio de caso social [Tesis de post grado, Universidad Norte]. Repositorio institucional UN. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7850/130881.pdf?sequence=1>
- Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica (3ª.ed.). Pearson Educación.
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento*. Mc Graw Hill Education
- Laya, T. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social*. [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP. Repositorio institucional USMP. [https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4303/laya\\_vtm.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4303/laya_vtm.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Lora, D. (2018). *Intervención psicológica desde el modelo cognitivo - conductual en un caso de trastorno de ansiedad social* [Trabajo académico de especialización en psicología clínica, Universidad Pontificia Bolivariana]. Repositorio institucional UPB. [https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6106/digital\\_37701.pdf?sequence=1](https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/6106/digital_37701.pdf?sequence=1)
- Luterek, J., Eng, W. , Y Heimberg. , R. (2003). Tratamiento cognitivoconductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581. [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Luterek\\_11-3oa-1.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/09.Luterek_11-3oa-1.pdf)

- Mendoza, H. (2020). Terapia Cognitivo Conductual, aplicada a una adolescente con Fobia Social. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4902>
- Miranda, A. (2019). *Factores traumáticos y fobia específica en una estudiante de 9 años* [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio institucional UTB. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/7093>
- Ministerio de sanidad y consumo (2008). *Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Agencia Lain entralgo. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)
- Ministerio de sanidad y consumo (2008). *Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Agencia Lain entralgo. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_430\\_Ansiedad\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf)
- Mohammed, R. , Lalithamma, T., Varma, D. , Sudhakar, K. , Srinivas, B., Krishnamraju, P., y Shaik, A. (2014). Prevalence of dental anxiety and its relation to age and gender in coastal Andhra (Visakhapatnam) population. *Journal of natural science, biology, and medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4121925/>
- Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastorno de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica Costa Rica y Centroamericana*, 69(604), 497-507. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf>

- Noguera, N. (2018). *Estudio de caso: intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada* [Trabajo académico de especialización en psicología clínica, Universidad de San Buenaventura]. Repositorio institucional USB. <http://bibliotecadigital.usb.edu.co/handle/10819/6317>
- Organización panamericana de la salud social [OPS]. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. CIE-10. OPS <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Organización panamericana de la salud[OPS]. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales: estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Perez, M. (2016). *Intervención cognitiva conductual de un paciente con fobia específica de 6 años: estudio de caso único*. [Tesis de post grado, Universidad del Norte]. Repositorio institucional USMP. <https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/5834#page=1>
- Reynolds, C. y Richmond, B. (2012). *CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños*. Manual Moderno.
- Santesteban, O., Rentero, D., Guerre, M., Espín, J., y Jiménez, M. (2016). Tratamiento cognitivo - conductual de fobia específica en la infancia: estudio de un caso. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés – SEAS*, 22(16), 80-90 [https://www.researchgate.net/publication/310385156\\_Tratamiento\\_cognitivo-conductual\\_de\\_fobia\\_especifica\\_en\\_la\\_infancia\\_estudio\\_de\\_caso](https://www.researchgate.net/publication/310385156_Tratamiento_cognitivo-conductual_de_fobia_especifica_en_la_infancia_estudio_de_caso)
- Vázquez, M. y Buceta, J. (1990). Las características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas; y sus posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis*, 11 (3), 42-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2765476>

VII. Anexos

Anexo A

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F  
 NI  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Grado o año de estudios: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera cómo tú te portas, sientes o actúas. Después de cada pregunta coloca tu respuesta contestando "SI" ó "NO". Es decir, que pondrás un aspa en el recuadro debajo de la columna "SI"; si la pregunta está de acuerdo con la manera en que generalmente actúas o sientes. Y pondrás un aspa en el recuadro debajo de la columna "NO", cuando la pregunta no diga la manera cómo tú actúas o sientes.

Trabaja rápidamente y no demores mucho tiempo en cada pregunta.

**ASEGURATE DE RESPONDER TODAS LAS PREGUNTAS.**

	SI	NO
1. ¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Necesitas a menudo amig@s o compañer@s buenos, comprensiv@s, que te de animo o valor?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápida (al toque) cuando la gente te conversa?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Algunas veces te pones malhumorad@, de mal genio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Eres triste?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Prefieres estar sol@ en vez de estar acompañad@ de otr@s niñ@s?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Pasan ideas por tu cabeza que no te dejan dormir?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Siempre haces inmediatamente conforme a lo que te dicen o mandan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Te gustan las bromas pesadas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Eres vivaz y alegre?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez has desobedecido cierta regla del colegio?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿Te aburren o fastidian muchas cosas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15. ¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieran sucederte?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16. ¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. ¿Puedes tú hacer que una fiesta, paseo o juego sean alegres?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Sientes golpes en tu corazón?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19. Cuando conoces nuevos amig@s generalmente tú empiezas la conversación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Has dicho alguna vez una mentira?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
21. ¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falta en el trabajo que haces?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Te gusta fastidiar (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amig@s?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
23. ¿A menudo te sientes cansad@ sin razón?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24. ¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
25. ¿Estas generalmente alegre y content@?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
26. ¿Te sientes dolid@ ante ciertas cosas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
27. ¿Te gusta juntarte con otr@s chic@s?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28. ¿Dices tus oraciones todas las noches?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
29. ¿Tienes mareos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
30. ¿Te gusta hacerles travessuras y jugarretas a otr@s?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
31. ¿Te sientes a menudo hart@, hastiad@ o fastidiad@?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
32. ¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o "enageras" un poco?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
33. ¿Estas generalmente tranquilo y callad@ cuando estas con otr@s niñ@s?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
34. ¿Algunas veces te pones tan inquiet@ que no puedes estar sentad@ en una silla mucho rato?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
35. ¿A menudo decides hacer las cosas de repente, sin pensarlo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
36. ¿Estas siempre callad@ y tranquil@ en las clases, aun cuando el profesor (a) esta fuera del salón?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
37. ¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
38. ¿Puedes tú generalmente participar y disfrutar de una fiesta o un paseo alegre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
39. ¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40. ¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de alguna persona o compañer@?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
41. ¿Tu considerarias que eres feliz, suertudo y "lechero"?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
42. ¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto has hecho el ridículo, te quedas preocupad@?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
43. ¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, saltar, revolcarte?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
44. ¿Siempre comes todo lo que dan en las comidas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
45. ¿Te es muy difícil aceptar que te digan "NO", te nieguen algo o no te dejen hacer algo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
46. ¿Te gusta salir a la calle bastante?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
47. ¿Sientes algunas veces que la vida no vale la pena vivirla?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
48. ¿Haz sido alguna vez insolente o malcriad@ con tus padres?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
49. ¿Las personas piensan que tú eres alegre y "viv@"?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
50. ¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estas haciendo un trabajo o tarea?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
51. ¿Prefieres mas estar sentad@ y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
52. ¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
53. ¿Generalmente te sientes segur@ de que puede hacer las cosas que tienes que hacer?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
54. ¿A menudo te sientes sol@?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
55. ¿Te sientes tímido@ de hablar cuando conoces a una nueva persona?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
56. ¿A menudo te decides hacer algo cuando ya es muy tarde?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
57. ¿Cuando !@s chic@s te gritan, tú les gritas también?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
58. ¿Algunas veces te sientes muy alegre y en otros momentos triste sin ninguna razón especial?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
59. ¿Encuentras difícil disfrutar y divertirse en una fiesta, paseo o juego alegre?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
60. ¿A menudo te metes en problemas o lios porque haces las cosas sin pensar primero?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

N: \_\_\_\_\_ E: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

## Anexo B

N.º 160

**STAIC**  
**AUTOEVALUACION E/R**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo (V-M) \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

**PRIMERA PARTE** Frases 1 a 20.

En la primera parte encontrarás unas frases usadas para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

**SEGUNDA PARTE** Frases 1 a 20.

En la segunda parte encontrarás más frases usadas para decir algo de tí mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.



44

**PRIMERA PARTE**

★	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3
2. Me encuentro inquieto	1	2	3
3. Me siento nervioso	1	2	3
4. Me encuentro descansado	1	2	3
5. Tengo miedo	1	2	3
6. Estoy relajado	1	2	3
7. Estoy preocupado	1	2	3
8. Me encuentro satisfecho	1	2	3
9. Me siento feliz	1	2	3
10. Me siento seguro	1	2	3
11. Me encuentro bien	1	2	3
12. Me siento molesto	1	2	3
13. Me siento agradablemente	1	2	3
14. Me encuentro atemorizado	1	2	3
15. Me encuentro confuso	1	2	3
16. Me siento animoso	1	2	3
17. Me siento angustiado	1	2	3
18. Me encuentro alegre	1	2	3
19. Me encuentro contrariado	1	2	3
20. Me siento triste	1	2	3

VUELVE LA HOJA Y ATIENDE AL EXAMINADOR PARA HACER LA SEGUNDA PARTE

**SEGUNDA PARTE**

★	Casi nunca	A veces	A menudo
1. Me preocupa cometer errores	1	2	3
2. Siento ganas de llorar	1	2	3
3. Me siento desgraciado	1	2	3
4. Me cuesta tomar una decisión	1	2	3
5. Me cuesta enfrentarme a mis problemas	1	2	3
6. Me preocupo demasiado	1	2	3
7. Me encuentro molesto	1	2	3
8. Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	1	2	3
9. Me preocupan las cosas del colegio	1	2	3
10. Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	1	2	3
11. Noto que mi corazón late más rápido	1	2	3
12. Aunque no lo digo, tengo miedo	1	2	3
13. Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	1	2	3
14. Me cuesta quedarme dormido por las noches	1	2	3
15. Tengo sensaciones extrañas en el estómago	1	2	3
16. Me preocupa lo que otros piensen de mí	1	2	3
17. Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo	1	2	3
18. Tomo las cosas demasiado en serio	1	2	3
19. Encuentro muchas dificultades en mi vida	1	2	3
20. Me siento menos feliz que los demás chicos	1	2	3

54

COMPRUEBA SI HAS CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

## Anexo C

ANEXO 3  
INVENTARIO DE TEMORES INFANTILES

José Alcama G.

Nombre: ..... Sexo: ..... Edad: .....

Colegio: ..... Grado: .....

Terapeuta: ..... Fecha: ..... H.C: .....

Ahora voltea la página y comienza, recuerda, trata de valorar todas las preguntas muy sinceramente.

		Regular	Mucho
1. Heridas abiertas.		<input checked="" type="checkbox"/>	
2. Estar solo.		<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Estar en un lugar desconocido.		<input checked="" type="checkbox"/>	
4. Gritos.			<input checked="" type="checkbox"/>
5. Muertos.			<input checked="" type="checkbox"/>
6. Hablar frente a otros niños.			<input checked="" type="checkbox"/>
7. Cruzar calles.	<input checked="" type="checkbox"/>		
8. Locos.		<input checked="" type="checkbox"/>	
9. Caerse	<input checked="" type="checkbox"/>		
10. Dentistas	<input checked="" type="checkbox"/>		
11. Sirenas		<input checked="" type="checkbox"/>	
12. Entrar en un cuarto donde hay otras personas desconocidas.		<input checked="" type="checkbox"/>	
13. Sitios altos		<input checked="" type="checkbox"/>	
14. Gusanos	<input checked="" type="checkbox"/>		
15. Criaturas imaginarias	<input checked="" type="checkbox"/>		
16. Viajes en ómnibus	<input checked="" type="checkbox"/>		
17. Viajes en autos	<input checked="" type="checkbox"/>		
18. Gente con autoridad (profesores, director, etc.)			<input checked="" type="checkbox"/>
19. Insectos voladores (ejemplo: cucarachas)		<input checked="" type="checkbox"/>	
20. Ver a otras personas que le están aplicando inyecciones.		<input checked="" type="checkbox"/>	
21. Ruidos repentinos.		<input checked="" type="checkbox"/>	
22. Estar entre mucha gente		<input checked="" type="checkbox"/>	
23. Gatos	<input checked="" type="checkbox"/>		
24. Una persona arrastrándose por el suelo.			<input checked="" type="checkbox"/>
25. Ser mirado cuando estás haciendo tus tareas.		<input checked="" type="checkbox"/>	