



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TEMA: TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD A TRAVÉS DE LA
TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN UN NIÑO VÍCTIMA
DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Tesina previa a la obtención del Título
de Psicóloga Clínica

DIRECTOR: Dr. Patricio Cabrera.

AUTORA: Ximena Monserrath Cárdenas López.

CUENCA-ECUADOR

2010

DEDICATORIA

Con todo mi amor este trabajo lo dedico a mi esposo Jhon, por ser mi compañero incansable y la motivación para la culminación de este trabajo.

De igual manera a mis padres, Alfonsito y Marthita por ser mi apoyo incondicional en todo momento, regalándome sus palabras de aliento en los momentos más difíciles de mi vida.

A todos mis hermanos: Catalina, Maritza, Mauricio, Eliana, en especial a mi hermano Juan Pablo, quien fue mi gran apoyo para culminar mi trabajo. ¡Gracias ñaño!...

¡Gracias Belencita por regalarme tu alegría!...

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, a las autoridades y catedráticos de la Universidad del Azuay especialmente al Dr. Patricio Cabrera, Director de la Tesina, quien responsable y eficientemente orientó esta investigación haciendo posible que hoy pueda estar culminando esta etapa de mi carrera universitaria.

Ximena

RESUMEN

El presente trabajo trata la ansiedad, como consecuencia y como respuesta sintomática de la violencia intrafamiliar. La violencia doméstica es un problema social complejo que afecta a la familia y produce complicaciones psicosociales a corto, mediano y largo plazo.

El niño testigo de violencia doméstica participa de la angustia de la madre, y esto le produce gran confusión e inseguridad; los cuales se manifiestan en múltiples trastornos, entre ellos la ansiedad.

Para ello, en el presente trabajo exponemos cómo trabajar con niños ansiosos, el marco teórico de la violencia y la ansiedad, sus principales manifestaciones, diagnóstico y tratamiento utilizando técnicas cognitivo conductuales, con el objetivo de crear en el niño habilidades y estrategias de confrontación de las situaciones que evocan ansiedad y finalmente, mejorar su calidad de vida.

ABSTRACT

This project deals with anxiety as a consequence of and symptomatic answer to family violence. Domestic violence is a complex social problem that affects the family and produces short, medium and long-term psychosocial complications.

A child witness to domestic violence participates in the mother`s anguish; this produces great confusion and insecurity manifested in multiple disorders, amongst them anxiety.

This project describes how to work with anxious children, the theoretical framework of violence and anxiety, its main manifestations, its diagnosis and treatment using cognitive behavioral techniques whose objective is to supply the child with the skills and strategies to help face the situations that cause anxiety and, finally, improve their quality of life.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Abstract	v

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA ANSIEDAD

1.1	Origen de la palabra ansiedad.	10
1.2	¿Cómo se desarrolla la ansiedad?	12
1.3	Trabajar con niños y adolescente ansiosos.	13
	1.3.1 Síntomas de ansiedad en la infancia.	13
1.4	Enfoques teóricos sobre la etiología de la ansiedad. ¿Por qué se produce?	15
	1.4.1 La ansiedad es la activación del sistema nervioso.	16
	1.4.2 Teoría Psicodinámica.	16
	1.4.2.1 ¿Cómo puede eliminarse la ansiedad producida por la represión de los impulsos y las pulsiones inconscientes no deseadas?	16
	1.4.3 Teoría Conductista.	16
	1.4.4 Teoría Cognitivista.	17
1.5	Clasificación de los tipos de Trastornos de Ansiedad.	17
	1.5.1 Trastorno de Ansiedad por la Separación.	17
	1.5.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada.	17
	1.5.3 Trastorno de Pánico.	17
1.6	Principales síntomas de la ansiedad.	18

1.6.1	Síntomas de ansiedad cognitivos.	18
1.6.2	Síntomas de ansiedad observables.	19
1.6.3	Síntomas de ansiedad fisiológicos o corporales.	19
1.7	Tipos de distorsiones cognitivas.	19
1.7.1	Inferencia arbitraria.	19
1.7.2	Abstracción selectiva.	20
1.7.3	Sobregeneralización.	20
1.7.4	Maximización y minimización.	20
1.7.5	Personalización.	20
1.7.6	Pensamiento dicotómico.	20
1.7.7	Razonamiento emotivo.	20
1.7.8	Clasificación y etiquetado.	20
1.7.9	Imperativos categóricos.	20
1.7.10	Descalificaciones automáticos de lo positivo.	21

CAPÍTULO 2

ESTUDIO DEL CASO

2.1	Historia Clínica.	22
2.2	Resultados de pruebas psicológicas: HTP y EPQ-J	27
2.3	Descripción diagnóstica.	31
2.3.1	Diagnóstico informal.	31
2.3.2	Criterios pronósticos.	31
2.3.3	Señalamiento de objetivos:	31
2.3.3.1	Con relación a la sintomatología.	31
2.3.3.2	Señalamiento de técnicas.	31

CAPÍTULO 3

TRATAMIENTO

3.1 Sesiones terapéuticas y aplicación de técnicas 33

CONCLUSIONES 52

BIBLIOGRAFÍA 53

ANEXOS 55

Anexo 1: HTP

Anexo 2: EPQ-J

INTRODUCCIÓN

En la actualidad vivimos dentro de un ambiente lleno de violencia, situación de la que desafortunadamente no escapan los niños. La violencia intrafamiliar ha llegado a ser un problema que se incrementa en forma alarmante y evidente. Por esto es necesario difundir el conocimiento sobre este problema en todos los ámbitos, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando las consecuencias y los efectos tan intensos que tiene sobre el ser humano.

Los trastornos psicológicos que presentan los niños criados en hogares donde se los maltrata son similares a los que presentan sus madres. Esto afecta sus emociones, valores, pensamientos, rendimiento escolar y su adaptación social. Serán niños que exterioricen conductas agresivas, antisociales, desafiantes y que internamente experimenten inhibición, miedo, baja autoestima, ansiedad, depresión y síntomas somáticos. por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su malestar psicológico, siendo la adicción al llegar la adultez, más frecuente que en la población general; para ello nos enfocamos en la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para el tratamiento de la ansiedad.

CAPÍTULO 1

En este capítulo nos enfocaremos en la ansiedad, ¿cómo se desarrolla?, enfoques teóricos sobre la etiología de la ansiedad, clasificación, principales síntomas así como los tipos de distorsiones cognitivas. Estos son esquemas equivocados de interpretar diversas situaciones, generando múltiples consecuencias negativas como alteraciones emocionales, siendo una consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, así como conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida, dando lugar a una visión simplista y negativa.

Este problema si no es tratado a tiempo, en la vida adulta del individuo, puede desencadenar en un trastorno como tal. Para ello, nos centramos en la ansiedad y su origen, con la finalidad de poseer una visión amplia del problema a tratar.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA ANSIEDAD:

1.1 “Origen de la palabra ansiedad:

El término *ansiedad*, proviene del latín "*anxietas*", congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza inminente y de causa indefinida. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico.

- Angustias, así como "angor", "angina", provienen de una misma raíz griega o latina, y significan constricción, sofocación, estrechez u opresión. La angustia se manifiesta por una extraña desazón interior y puede ser normal o patológica. La angustia normal es la que sentimos casi a diario, es el deseo de obtener algo, de que se cumpla algo y la llevamos con nosotros a veces sin darnos cuenta, hasta puede decirse que es propio de la persona, por ejemplo, el deseo de sentirse bien. Cuando esta angustia es intensa puede llegar a ser patológica, y llegar a presentar un cuadro clínico: como el pánico, una sensación de que algo terrible o mortal está por ocurrir,

o la despersonalización que es un sentimiento de extrañeza frente al mundo circundante y al propio cuerpo. (Cf: <http://archivo.abc.com.py/2009-01-23/articulos/489431/angustia-normal-y-patologica>; lunes 12- abril-2010; 10:11)

Rubio (2003) señala que la ansiedad es un temor que se presenta ante una situación conflictiva en la que el sujeto amplifica el peligro. La respuesta a un estímulo que genera ansiedad es a veces la huida, pero en otras, en casos extremos, puede ser de ataques. Una persona con ataque de ansiedad puede quedar paralizada, agitarse de forma más o menos intensa o presentar síntomas físicos. Un ataque de angustia puede llevar a una persona a actuar de forma inesperada.

Sarason (1996) señala que el individuo ansioso que está esperando lo peor, con frecuencia, es incapaz de disfrutar la vida personal y de obtener gratificación del trabajo. De esta manera, las personas ansiosas es probable que se priven de experimentar los resultados positivos de la vida.

Por lo general el término ansiedad se define como un sentimiento de miedo y aprensión confuso, vago y muy desagradable. La persona ansiosa se preocupa mucho, sobre todo por los peligros desconocidos.

Las personas ansiosas no están conscientes de las razones de sus temores, a diferencia de que cuando nosotros sentimos miedo sabemos a qué le tememos, es decir, podemos identificar la situación u objeto que nos provoca la sensación de miedo. Es normal experimentar ansiedad ante situaciones estresantes o amenazantes, pero es anormal experimentarla de manera intensa sin causa aparente a más de que la acompaña sentimientos de incertidumbre y excitación, una persona ansiosa se siente irritable y nerviosa.

De la Torre (1998) señala que la ansiedad puede ser el resultado de circunstancias externas reales, tales como la enfermedad, la incapacidad para realizar algo, el duelo por la muerte de un ser querido, la pérdida de empleo, etcétera. Puede provenir,

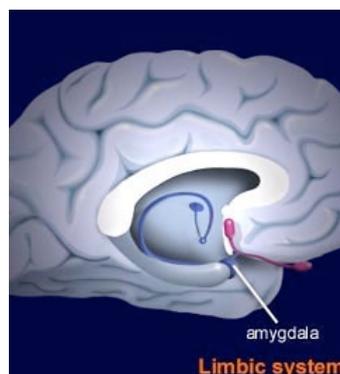
asimismo, de experiencias habituales reales como la ira, el ridículo, la vergüenza y el miedo; o bien de problemas internos de carácter conflictivo, reales o imaginarios, los cuales se hacen patentes en la pérdida de amor, el sentimiento de haber sido abandonado, estar solo o tener la culpa; puede provenir también de frustraciones.

Igualmente la familia puede influir en el desarrollo de la ansiedad a través de mecanismos ambientales. Por ejemplo, un niño puede “aprender” a ser ansioso a partir de sus padres, y la familia puede “crear” entornos que hagan que el niño corra el riesgo de desarrollar problemas de ansiedad (Ollendick y King, 1991). La exposición frecuente a acontecimientos generadores de tensión de más o menos intensidad, y la observación de estilos de afrontamiento por parte de adultos que manifiestan ansiedad ante estas experiencias, pueden atribuir a la creación de patrones similares de dificultad en los niños de dichas familias.

Wicks (1997) señala que, los niños también pueden verse influidos y desarrollar ciertos estilos cognitivos y atributivos mediante la exposición a este tipo de situaciones. Así pues, las experiencias familiares pueden influir en el modo general en que el niño percibe su capacidad de control, y, a su vez, estas cogniciones pueden contribuir a que produzca ansiedad (King, Mietz y Ollendick, 1995). Asimismo, cogniciones específicas que pueden desarrollar, por ejemplo, la percepción de situaciones como algo hostil o amenazador, pueden hacer que el niño corra el riesgo de desarrollar o mantener trastornos de ansiedad (Bell- Dollan, 1995).

1.2 ¿Cómo se desarrolla un trastorno de ansiedad?

La Amígdala



La amígdala forma parte del
Sistema Límbico dentro del cerebro.

El trastorno de ansiedad se provoca por una "recalibración" que sucede en la mente dentro de un órgano que se llama amígdala que normalmente opera con un estatus de "tranquilidad" o "normalidad". Al enfrentar una situación que provoca ansiedad, la amígdala se cambia a un nivel de "ansioso". Este órgano pequeño controla los niveles de ansiedad, reaccionando a estímulos de los órganos de los cinco sentidos.

El trastorno de ansiedad se desarrolla al recalibrarse a un nivel más alto de lo normal creando síntomas y sensaciones asociados con la ansiedad elevada como ataques de pánico y, a niveles más bajos, un sentimiento generalizado de molestia y ansiedad. Una vez que se disminuye la amenaza percibida, la amígdala se recalibra al nivel de "tranquilo" o "normal".

Exponerte a períodos de ansiedad extremos o prolongados pueden hacer que la amígdala se recalibre, estableciendo un nivel "ansioso" como inicio. Así, la amígdala "aprende" un nuevo hábito de ansiedad.

El individuo adopta subconscientemente una disposición de "ansiedad" y a su vez ha desarrollado un comportamiento. Cuando la persona llega a tener miedo de los síntomas que experimenta, se desarrollará un miedo de la ansiedad en sí que puede terminar en un trastorno de ansiedad. (Cf: <http://www.ansiedad-ataques-panico-americas.com/ansiedad/#tips>; lunes 12- abril- 2010; 11:34)

1.3 TRABAJAR CON NIÑOS Y ADOLESCENTES ANSIOSOS

1.3.1 Síntomas de ansiedad en la infancia:

La ansiedad, los miedos y las preocupaciones son experiencias comunes en la infancia. Los estresores de la vida moderna, como las exigencias académicas, las drogas, la violencia y las enfermedades de transmisión sexual generan presión en los niños y adolescentes. Dominar estas presiones inevitables en la infancia puede ser bastante complicado.

Según el modelo cognitivo, hay cinco esferas de funcionamiento que cambian en los niños cuando están ansiosos. Los niños experimentan cambios fisiológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales. El tratamiento suele centrarse de manera natural en calmar los síntomas que provocan malestar, mejorando la capacidad de afrontamiento de los niños.

Muchos pequeños ansiosos presentan quejas somáticas. Se muestran inquietos, y a veces parecen sentirse incómodos en su propia piel. Suelen quejarse de sudores, mareos, tensión muscular, dolores de barriga, palpitaciones, ahogos y problemas digestivos. A menudo, nos encontramos con que sus quejas físicas ya han sido analizadas por un pediatra. Si el niño aún no ha visto a un pediatra y presenta alguna de estas quejas, debemos recomendar una exploración física.

La preocupación, el terror, el pánico, el miedo y la irritabilidad son componentes emocionales de la ansiedad. Los niños utilizan un lenguaje poético y lleno de colorido para hablar de su ansiedad. Dicen que sienten “aleteo”, que tienen “tembleques” o que están “saltarines”. Algunos pequeños nos han comunicado su ansiedad diciendo que se sentían “asquerosos” o “extraños” por dentro. Francis y Gragg (1995) señalaron que algunos niños que tienen miedo a contraer enfermedades dicen que tienen la sensación de estar “llenos de gérmenes”.

Los síntomas conductuales son las manifestaciones más claras de la ansiedad. Y la evitación es el síntoma más característico. Los niños suelen llegar a la terapia porque ya no pueden evitar las circunstancias que temen (deberes de la escuela, problemas de salud, problemas con los iguales, problemas familiares, etc.) o porque su evitación representa un costo demasiado elevado. Morderse las uñas, chuparse el pulgar y actuar de forma compulsiva o hipervigilante son síntomas conductuales muy comunes en los niños ansiosos, que ejecutan estas conductas para tranquilizarse o para afrontar situaciones amenazadoras. No es extraño que les cueste mantener la atención, que se distraigan fácilmente y que parezcan incansables. Cuando un niño observa su entorno continuamente en busca de posibles peligros, es difícil que se concentre y se esté quieto. ¡Muchos de estos niños creen que su supervivencia depende de ser objetivos móviles!

Los síntomas cognitivos reflejan la forma en que estos niños procesan la información. Los diálogos interiores de los niños ansiosos están repletos de predicciones y expectativas catastróficas de fracasos en el afrontamiento (“Va a pasar algo malo y no voy a ser capaz de afrontarlo”). Sus mentes se bloquean en los aspectos potencialmente amenazadores de las situaciones (“¿Y si pasa___?”). Esperan lo peor y les preocupa no poder afrontarlo.

Los padres de niños ansiosos suelen implicarse demasiado o demasiado poco en las vidas de sus hijos. Los padres que se implican poco suelen mostrarse distantes, lejanos y distanciados. Pueden dejarnos a su hijo en el consultorio para que lo “arreglemos”, volviendo sólo cuando ya hemos terminado nuestra “reparación”. Consecuentemente, suelen faltar a las sesiones familiares y no realizar las tareas de control.

Los padres sobreprotectores que se implican en exceso quieren proteger a sus hijos de estresores vitales inevitables. No confían en las capacidades de afrontamiento de sus hijos y tienen una imagen excesivamente frágil de ellos. (Friedberg, McClure, 2002, pág. 263)

1.4 Enfoques teóricos sobre la etiología de la ansiedad. ¿Por qué se produce?

Existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos:

- El trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morirse:
- El trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia.
- El trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos.
- El trastorno obsesivo-compulsivo.
- Las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.

A continuación se mencionaran algunos enfoques sobre la ansiedad:

1.4.1 La ansiedad es la activación del sistema nervioso, consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad.

1.4.2 Teoría Psicodinámica: Freud dice que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad. (Cf: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>; sábado-17-2010; 11:47)

1.4.2.1 ¿Cómo puede eliminarse la ansiedad producida por la represión de los impulsos y las pulsiones inconscientes no deseadas?

Para Freud la respuesta es confrontar los conflictos y los impulsos de la parte inconsciente de la mente al transportarlos a la parte consciente (básicamente los pacientes tienen que reflexionar y comentar con sumo detalle sus experiencias del pasado, desde la época de sus primeros recuerdos). Se asume que este proceso debe conducir a los pacientes a un enfrentamiento con crisis, traumas y conflictos ocultos durante largo tiempo, que les produce ansiedad en su vida adulta.

Freud supuso que este método reduciría en gran medida la ansiedad derivada de los conflictos pasados, con lo cual el paciente podría participar con mayor efectividad en su vida cotidiana.” (Feldman, [s.a.], 467)

1.4.3 Teorías Conductistas: según esta teoría, la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se

produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno. La base del Conductismo se centra en que el sujeto tiene que adquirir conductas que el no tiene, o sustituir las que tiene por otra más adaptada; tratando de lograr un cambio en cualquiera de las respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas; centrándose en el aquí y el ahora y en las características individuales del paciente.

1.4.4 Teorías Cognitivista: considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad. (Cf: <http://www.psicologiacentifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>; sábado-17-abril-2010; 16:38)

1.5 Clasificación de los tipos de trastornos de ansiedad

1.5.1 Trastorno de Ansiedad por la Separación: Es la ansiedad excesiva por la separación del niño del hogar o de aquellos a quienes el niño está ligado. La persona puede desarrollar una preocupación excesiva al punto de que puede ponerse reacio o negarse a ir a la escuela, estar solo o dormir solo. Las pesadillas repetitivas y las quejas acerca de síntomas físicos (tales como el dolor de cabeza, dolor de estómago, náusea o vómitos) pueden ocurrir.

1.5.2 El Trastorno de Ansiedad Generalizado: Es la ansiedad excesiva y preocupación sobre los eventos o actividades, tal como el asistir a la escuela o trabajo.

1.5.3 El Trastorno de Pánico: Es la presencia recurrente e inesperada de ataques de pánico y preocupaciones persistentes acerca de tener los ataques. Los ataques de

pánico se refieren a la ocurrencia repentina de temores intensos, miedo o terror, a menudo asociados con sentimientos de desgracia inminente. También puede sentirse corto de respiración, con palpitaciones, dolor de pecho o incomodidad, sensaciones de ahogo y asfixia y el temor de "volverse loco" o perder el control. 4. Las Fobias: Son los temores persistentes e irracionales de un objeto específico, actividad o situación

Tabla 2 - Para un mejor entendimiento la clasificación de trastornos de ansiedad (D.S.M. IV).

Trastorno de angustia sin agorafobia
Trastorno de angustia con agorafobia
Agorafobia
Fobia específica
Fobia social
Trastorno por estrés postraumático
Trastorno obsesivo compulsivo
Trastorno por estrés agudo
Trastorno de ansiedad generalizado
Trastorno por ansiedad debido a enfermedad médica
Trastorno por ansiedad inducido por sustancias
Trastorno de ansiedad no especificado

1.6 Principales síntomas de la ansiedad:

1.6.1 Síntomas de ansiedad cognitivos:

- Preocupación
- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.

- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

1.6.2 Síntomas de ansiedad observables:

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

1.6.3 Síntomas de ansiedad fisiológicos o corporales:

- Cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.”

(Cf: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html>; sábado-17- abril-2010; 18:39)

1.7 TIPOS DE DISTORSIONES COGNITIVAS:

1.7.1 Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

1.7.2 Abstracción selectiva: Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.

1.7.3 Sobregeneralización: Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.

1.7.4 Maximización y minimización: Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.

1.7.5 Personalización: Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a el mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.

1.7.6. Pensamiento dicotómico o polarización: Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e "incapaz frente a capaz").”

1.7.7 Razonamiento emotivo, es decir, utilizar cualquier emoción, sentimiento o pensamiento negativo como prueba de la realidad. Por ejemplo : “Soy culpable de mi fracaso matrimonial porque siento que no soy todo lo comunicativo que debería ser” o “tengo el sentimiento de que soy un desastre, por eso no haré nunca nada bien.

1.7.8 Clasificación y etiquetado, es decir, atribuir cualquier fracaso a que “soy un fracasado”, en lugar de atribuirlo a que “he cometido un error”.

1.7.9 Imperativos categóricos según el “debería” o “tendría que”, que hacen inviables otras opciones o posibilidades alternativas. Cuando se refieren a uno mismo aparece la culpa y cuando se refieren a los demás aparece la frustración, la ira y el resentimiento. Por ejemplo: “Como yo me desvivo por complacer a los demás, la gente debe comportarse conmigo de la misma manera”.

1.7.10 Descalificaciones automáticas de lo positivo, es decir, quitar importancia a los propios éxitos o rasgos positivos o a los de las cosas o personas por diversas razones y, por ejemplo, considerarlos “lo normal” y tratar de buscar motivaciones ocultas retorcidas que no responden a la realidad. Por ejemplo: he aprobado el proyecto, pero eso lo haría cualquiera, Si me han invitado a esa cena es que quieren sacarme algo.” (Ruiz y Cano, [s.a.], Manual Virtual)

La ansiedad es un estado de malestar psicofísico determinado por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desosiego ante lo que se vivencia como una amenaza. La diferencia básica entre la ansiedad normal y la patológica, es que ésta última se basa en una valoración irreal o distorsionada de la amenaza. Cuando la ansiedad es muy severa y aguda, puede llegar a paralizar al individuo, transformándose en pánico. Para ello es muy importante que el individuo aprenda a reconocer sus distorsiones cognitivas, controlarlas y sobretodo que pueda descubrir, cuando éstas le impiden desenvolverse con normalidad y por medio de ayuda profesional, las posibles soluciones que tal vez él no lo había pensado, incorporándolas a su vida.

CAPÍTULO 2

A continuación se presentan el estudio del caso, historia clínica, evolución así como su respectivo diagnóstico, pruebas psicológicas, resultados, e informes con la finalidad de tener una visión adecuada del problema a tratar.

ESTUDIO DEL CASO

2.1 HISTORIA CLÍNICA

GUÍA No. 4

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

FIEPS

No...1.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha: 29 de noviembre del 2009

Psicóloga: Ximena Cárdenas L.

Nombre: Á. S. P. L.

Edad: 10 años

Instrucción: secundaria

Ocupación: estudiante

Informante: paciente

Tipo de consulta: Ambulatorio.....

Acogida.....X.....

DEMANDA:

EXPLÍCITA: es remitido a consulta para evaluación psicológica ya que a menudo presenta un estado de ánimo variable, manifiesta sentirse desesperado y triste.

IMPLÍCITA: en estudio.

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional	X	Otros	

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES:

Violencia intrafamiliar y deseos que querer marcharse de casa.

Abuso sexual del padre hacia él y su hermana mayor.

Problemas de sueño por miedo a que le agredan a su hermana mayor.

Su estado de ánimo es variable. Somatiza su angustia, se siente desesperado; razón por la cual fue remitido para evaluación psicológica. Se enferma mucho, en especial del estómago. Dice quejarse de dolor en el pecho, sensaciones de ahogo y cosquillas en el interior de su cuerpo, acompañado de pesadillas

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL:

“Á. P” tiene 10 años de edad. Actualmente se encuentra cursando el primer año de colegio. Son siete los miembros de su familia. Su padre se llama “S. P”. tiene 42 años y es profesor de Música, su madre se llama “N. L.”, tiene 32 años y se encontraba estudiando Corte y Confección. “E” tiene 13 años y estudia Corte y Confección, “Á” tiene 11 y está estudiando al igual que el resto de sus hermanos, “F” tiene 9 años, “T” de 5 años y “P” de 1 año 5 meses.

Desde pequeño ha sido un niño obediente y estudioso. Recuerda que sus enfermedades desde pequeño fueron: tos, resfríos e infección a la garganta. Sus diversiones eran jugar con sus hermanos y sus amigos ya sea a las escondidas en un bosque, con peluches, contar historias de miedo o monopolio. Como habilidades están el atletismo, comenta que incluso era más rápido que su hermana mayor “E”, actualmente ya no lo practica.

Se considera “molestoso y de buen comer”. Le encantaba hacer rabiar a sus amigos con apodos (ríe al recordar). Todos eran buenos con él. En la actualidad es muy reservado en cuanto a sus amistades y no le gusta relacionarse con ellos porque son “majaderos y contestones” (palabras del paciente)

Le gustan mucho los animales y cree en las estrellas fugaces. Él deseaba mucho un perro y un día en la calle lo encontró, al cual le puso el nombre de “Doki”. Esta mascota marcó su vida pues se siente culpable de no haberlo podido salvar cuando ingirió veneno.

Manifiesta que su niñez fue normal. Recuerda que algunas veces su padre se les unía al juego de fútbol de 7 a 10 de la noche; ahí todavía las cosas iban bien pues era tranquilo, luego de ello a su padre le gustaba cantar hasta altas horas en compañía de sus amigos; su madre era buena y les atendía con un desayuno.

Pero alrededor de los 6 o 7 años fue que empezaron los maltratos contra toda la familia en especial con su madre y su hermana mayor “E”. Se ponía celoso y decía que su madre miraba a otros hombres. Le gritaba diciéndole que ya no la quería y que si su madre pensaba marcharse, que se vaya pero que les deje a sus hijos. Siempre fue marcada la diferencia en cuanto al trato por parte de su padre hacia su hermana mayor y con el resto de sus hermanos. “Á” dice que a su hermana mayor le entregaba más dinero mientras que a sus hermanos no tanto.

Cuando “E” creció empezaron los problemas, su padre le pegaba y le gritaba por todo a su madre y “por las noches su padre se portaba mal con su hermana mayor”, pues aprovechaba que todos estuviesen dormidos para acercarse a la cama de su hermana y hacerle “porquerías” (palabras del paciente); pues todos dormían en un solo cuarto. “Á” no dormía bien, pues pensaba en que todas las noches su padre querrá hacerle daño a su hermana, por ello tenía que estar despierto. Lo peor que le tocó vivir fue, cuando él lograba avisarle a su madre lo que ocurría, entonces ella lo enfrentaba y su padre le trataba de “loca y de que está viendo visiones”. Á. manifiesta que sentía ganas de pegarle e insultarle a su padre; quería irse de casa pues su padre asumía que todo era culpa de él, pues “Á”. a de ser él que le toca a “E.” (palabras del paciente) aprovechando que tenía que ir al baño.

Recuerda que como su padre vendía sus discos en diferentes ciudades, les llevaba a él y a “E” en sus viajes con el pretexto de que los llevaba para que les ayudasen a vender sus discos. “Á”. manifiesta que ninguno de los dos quería ir con su padre pero él les obligaba.

Cuando llegaban al hotel los 3 tenían que dormir en la misma cama y a “E” le decía que durma entre los dos queriendo que durma sólo en ropa interior. “Á”. dice que se sentía muy mal porque no le podía ayudar ni decir nada a su padre porque temía de su reacción. Eso lo hacía para poder “tocarle las partes íntimas a su hermana”. También se cometió abuso sexual contra “Á”., al haberle tocado su pierna, hecho que no es reconocido como tal por parte de él, sólo refiere que su padre le había tocado la pierna, lo cual indica una negación sobre dicho acto.

Toda esta situación los llevó a escaparse de su casa, gracias a la ayuda de los profesores de “E” y de la policía quienes los llevaron a una Casa de Acogida ingresando el 15 de febrero del 2008. Luego de un tiempo se escaparon rumbo a Ibarra donde su tía y como ya no les podía ayudar más, tuvieron que regresar a Cuenca, a dicha Casa (noviembre del 2009) pues no sabían qué hacer.

Hasta la fecha permanecen dentro de la Casa y a “Á”. le ha tocado enfrentar situaciones muy duras, pues al ser testigo principal del abuso de su padre contra toda su familia tenía muchos sentimientos de culpa, se mostraba triste y a veces deprimido pues decía que no sabía qué hacer, pues por su culpa su padre irá a la cárcel.

Su estado de ánimo es variable. Somatiza su angustia, se siente desesperado; razón por la cual fue remitido para evaluación psicológica. Se enferma mucho, en especial del estómago. Dice quejarse de dolor en el pecho, sensaciones de ahogo y cosquillas en el interior de su cuerpo, acompañado de pesadillas.

Cuando estaba triste decía que temía morir al sentirse enfermo. Según su madre todos estos síntomas eran comunes desde que su esposo empezó a maltratarlos pero en la actualidad aumentaron en cuanto a su intensidad y frecuencia y más aún durante el ciclo que duró la audiencia (15 de febrero del 2010). La madre manifiesta

no saber qué hacer para poder controlar el problema de su hijo “Á”, razón por la cual se trabajará con terapia psicológica.

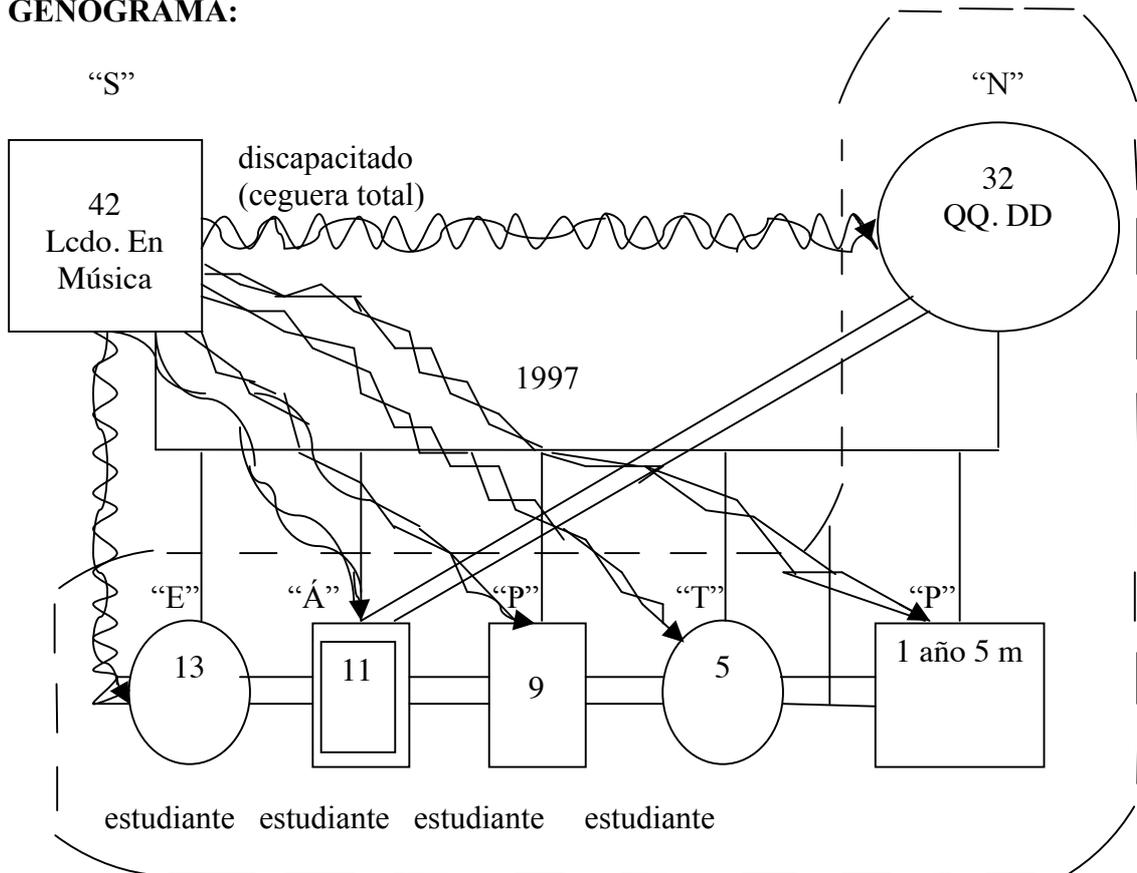
Su mascota “Doki” sirvió como un “escudo protector” en la audiencia, ya que lo quería mucho y él, en su memoria, prometió que sería valiente en la audiencia, pues al recordarlo se sentiría más seguro de enfrentarse ante un juez.

El niño presenta recaídas en cuanto a revivir su angustia. Constantemente se queja de que no puede respirar, que le duele el pecho y teme morir ya que si eso pasase nadie estaría para defender a su familia. Teme por la seguridad de su familia, tiene miedo de que su padre salga de la cárcel y los encuentre a como dé lugar y agrede a su familia, a mas de sentir que su padre querrá vengarse, pues fue él, quien lo envió a la cárcel.

Manifiesta que sus miedos no le permiten concentrarse en la escuela. Mientras la maestra está impartiendo clases se vienen a su mente pensamientos como de que su padre se escapó de la cárcel y lo está esperando a la salida del colegio para hacerle daño a él y a su familia. También que su padre cumplirá su promesa pues lo encontrará y lo matará; esto lo lleva a experimentar constantes dolores en el pecho y sensaciones de ahogo; “ahí siento que voy a morir” (palabras del paciente).

Su madre expresa que “algunos doctores le han revisado y dicen que no tiene nada, sólo le mandan un jarabe porque está débil” (no recuerda el nombre del medicamento), motivo por el cual se lo remite al departamento psicológico.

GENOGRAMA:



2.2 RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

INFORME: HTP

Á. es un niño muy inteligente y sensible, muy hábil para el dibujo. Pero a raíz de su situación familiar se le ha notado durante las tareas escolares muy pensativo como si estuviese en otro lugar. Asociando todo lo que me ha podido contar y mediante la aplicación del H T P se proyectan los siguientes resultados: sentimientos de frustración y hostilidad hacia un ambiente restrictivo; indica también fuerte tensión o inmovilidad con un sentimiento de inmovilidad indefensa; pues comenta que cuando su padre los maltrataba quería defenderlos pero se sentía débil e indefenso hasta el punto de querer pegarlo del cual demuestra sentimientos de culpa pues dice que él antes si era bueno con él.

Es más proclive a mostrar un comportamiento estable y rígidamente controlado, está más dispuesto a retrasar la satisfacción de sus necesidades e impulsos inmediatos y

prefiere las satisfacciones intelectuales a las emocionales; pues se ve que cuando se siente triste desea dibujar como si quisiera escapar de su realidad por instantes.

Desde el punto de vista temporal se encuentra preocupado por el futuro, además tenderá a preocuparse por las personas con quienes comparte su ambiente y sus opiniones acerca de él; esto se comprueba pues Á. se traza como meta “salir adelante y ayudar a su familia pues no quiere que les pase nada malo”. Ante esto se muestra muy sensible, llora y se desahoga durante la terapia de relajación donde se procede a explicarle su situación familiar como la de salud, lográndose la tranquilidad requerida en el instante.

Por su comportamiento y sus diálogos se refleja que Á. necesita sentirse seguro, muestra mucha ansiedad, tensión y “desesperación” pues no sabe que pasará en el futuro con su familia. Siente que está perdiendo la habilidad para enfrentar las presiones ambientales; exactamente con su familia pues no sabe qué hacer para ayudar a salir adelante. Hay cierto desequilibrio producido por una gran tendencia a evitar o retrasar la recompensa emocional y buscar en su lugar la satisfacción a través del esfuerzo intelectual pues dice que “cuando se siente mal quiere dibujar para no pensar “enfaticando la inteligencia o la fantasía como fuente de satisfacción.

Se muestra ambicioso pues quiere llegar a ser alguien para ayudar a su familia mostrando sentimientos básicos de fuerza para luchar así como una fuerte necesidad de seguridad y sugieren la obligación de demostrar virilidad con una aparente disposición a enfrentar todo directa y firmemente lo que demuestra un buen ajuste.

También se refleja sentimientos de desafío y agresión dirigidos hacia el padre como consecuencia de los malos tratos y las calumnias que levantaba su padre hacia “Á”. Se nota claramente que el padre proyectaba en “Á” sus actitudes y malos sentimientos que sentía hacia su hija mayor “E”.

Al haber enfatizado en la cabeza del dibujo “B” puede representar negación de esta área; pues es ahí donde se generan los pensamientos dolorosos y los sentimientos de culpa.

Se hace referencia a impulsos no satisfechos que el sujeto puede sentir vivamente los mismos que podrían asociarse con el deseo de que en el pasado deseaba enfrentarse a su padre para que no le haga daño a su madre, lo que demuestra una preocupación extrema de la necesidad de fuerza o poder y una lucha intensa por la autonomía. Al final se refleja en Á. una fuerte preocupación por su estado de salud, como si tuviese miedo de enfermarse pues alega “que no quiere morir, pues desea ayudar a su madre y defenderla de su padre”.

H.T.P: conclusiones:

- Sentimientos de frustración y hostilidad hacia un ambiente restrictivo; indica también fuerte tensión o inmovilidad con un sentimiento de inmovilidad indefensa; sentimientos de culpa, impulsos no satisfechos y de desafío y agresión dirigidos hacia el padre

- Es más proclive a mostrar un comportamiento estable y rígidamente controlado, está más dispuesto a retrasar la satisfacción de sus necesidades e impulsos inmediatos y prefiere las satisfacciones intelectuales a las emocionales; pues se ve que cuando se siente triste desea dibujar como si quisiera escapar de su realidad por instantes.

- Preocupado por el futuro, además tenderá a preocuparse por las personas con quienes comparte su ambiente y sus opiniones acerca de él

- Hay cierto desequilibrio producido por una gran tendencia a evitar o retrasar la recompensa emocional y buscar en su lugar la satisfacción a través del esfuerzo intelectual pues dice que “cuando se siente mal quiere dibujar para no pensar enfatizando la inteligencia o la fantasía como fuente de satisfacción.

EPQ-J

PUNTUACIÓN ALTA EN “N” (EMOCIONABILIDAD): 85

“Á” puede describirse como un adolescente ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desórdenes psicosomáticos, es exageradamente emotivo, presenta reacciones muy fuertes a todo tipo de estímulos y le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional. Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr una adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional y en ocasiones rígida.

En resumen es un adolescente preocupado, su principal característica es una constante preocupación acerca de cosas o acciones que puedan resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos.

PUNTUACIÓN BAJA EN “E” (EXTRAVERSIÓN * INTRAVERSIÓN): 25

Se lo podría describir como un individuo introvertido, más amigo de los libros, es reservado. Distante, excepto con los amigos íntimos; suele ser previsor “mira antes de saltar” y desconfía de los impulsos del momento, no le gusta la diversión, le gusta lo cotidiano, es algo pesimista y se apega a las normas éticas.

PUNTUACIÓN ALTA EN “P” (DUREZA): 80

Como dijimos anteriormente es un individuo raro y solitario, son fríos. No le interesa socializar.

PUNTUACIÓN ALTA EN “S” (SINCERIDAD): 75

El test no es fiable.

PUNTUACIÓN BAJA EN “CA” (CONDUCTA ANTISOCIAL): “O”

“Á” no presenta una fuerte tendencia a conductas antisociales.

EPQ-J: conclusiones:

“Á” puede describirse como un adolescente ansioso, preocupado, con cambios de humor y frecuentemente deprimido; probablemente duerme mal y se queja de diferentes desórdenes psicosomáticos, le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que provoca una elevación emocional

Sus fuertes reacciones emocionales le interfieren para lograr una adaptación adecuada, y le hacen reaccionar de una manera irracional y en ocasiones rígida.

En resumen es un adolescente preocupado, su principal característica es una constante preocupación acerca de cosas o acciones que puedan resultar mal, junto con una fuerte reacción emocional de ansiedad a causa de estos pensamientos.

2.3 DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

2.3.1 DIAGNÓSTICO INFORMAL:

El paciente presenta los síntomas de una Crisis de Angustia y cumple con algunos criterios del Trastorno por Estrés Postraumático, los cuales deberán ser tratados en terapia caso contrario, podrían desencadenar en un Trastorno de Ansiedad en el futuro.

2.3.2 CRITERIOS PRONÓSTICOS:

Mi pronóstico es favorable puesto que “Á” está dispuesto a dejarse ayudar y a cumplir con las tareas que se dispongan, con la finalidad de ayudarlo a enfrentar su ansiedad: “cuando se siente mal” (palabras de paciente). Seguirá siendo favorable siempre y cuando se practiquen las técnicas propuestas de manera habitual. Hay que trabajar en su ansiedad; sólo así podrá desempeñarse favorablemente en sus tareas.

2.3.3 Señalamiento de Objetivos

2.3.3.1 Con relación a la sintomatología:

Trabajar mediante la aplicación de técnicas Cognitivo Conductuales para disminuir y controlar su ansiedad y angustia; puesto que si hubiera una nueva audiencia sus síntomas se elevarían en cuanto a su frecuencia e intensidad.

2.3.3.2 Señalamiento de técnicas:

Para trabajar en su ansiedad: se utilizará técnicas cognitivas conductuales tales como:

Técnicas Cognitivas:

Detección de pensamientos automáticos

Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos.

Reestructuración Cognitiva

Reatribución

Descatastrofización

Técnicas Conductuales:

Programación de actividades incompatibles y relajación.

Entrenamiento asertivo.

Visualización positiva.

Poseemos un amplio conocimiento del caso, conocemos las situaciones que desencadenaron los síntomas de ansiedad en el niño, sabemos específicamente que, debemos trabajar en las distorsiones cognitivas del niño que es lo que le impide desenvolverse con normalidad en su vida diaria; para ello, nos basaremos en la aplicación de técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la ansiedad.

Se logra obtener una buena empatía, comunicación y sobretodo la disposición necesaria para iniciar el tratamiento respectivo con el niño.

CAPÍTULO 3

El tratamiento en este caso estará enfocado en la Terapia Cognitiva Conductual, viéndose necesario establecer hasta 2 sesiones semanales (por lo que la familia del menor abandonará la Casa para ejecutar su plan de vida) su salida es incierta, por lo que se ha visto necesario simplificar algunas técnicas como relajación. La meta que nos planteamos es el obtener resultados rápidos y de fácil aplicación con el objetivo de que lo aprendido en terapia, el niño lo incorpore a su vida diaria.

Tratamiento:

Cada sesión tendrá una duración de 45 minutos -1 hora aproximadamente, con el objetivo de reducir la ansiedad en el menor.

3.1 SESIONES TERAPÉUTICAS Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS:

- **Primera sesión:** Lunes 29 de marzo de 2010

Establecimiento de rapport.

Realización de la Historia Clínica y aplicación de test H.T.P.

- **Segunda sesión:** Martes 30 de marzo de 2010

Finalización de la Historia Clínica, aplicación del test EPQ-J

- **Tercera sesión:** Lunes 5 de abril de 2010

Detección de pensamientos automáticos: el niño es entrenado para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus pensamientos automáticos y conductas a esa situación o evento. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autoregistros como tarea entre sesiones.

1. En la sesión se profundiza sobre sus miedos y las situaciones en las que siente malestares corporales.

2. El paciente se muestra tímido durante las sesiones, manifiesta que para él es más fácil expresarse cuando escribe, situación que nos hará más fácil la tarea de autoregistros con la finalidad de tener una tener una mejor visión del problema.

3. Se le pide al niño que evalúe la intensidad del malestar corporal en una escala del 1 al 10.

	REGISTRO	DIARIO DE	PENSAMIENTOS	
FECHA	SITUACIÓN	CONDUCTA	CONSECUENCIA	PENSAMIENTO AUTOMÁTICO
05-04-2010	Tengo miedo de tener que volver a la Corte, para una nueva audiencia.	Me duele el estómago, tengo pesadillas. Voy al baño muchas veces. Intensidad 10	No puedo concentrarme en la escuela.	“Y si declaro contra mi padre, cuando salga de la cárcel nos querrá matar” (Visión catastrófica) Intensidad: 10
06-04-2010	Estoy en clases, pienso que mi papá está a la salida de la escuela.	Me falta la respiración, siento que me ahogo. Me duele mucho el pecho. Intensidad 10	La profesora me llama la atención, mis amigos murmuran.	“Todos en la clase piensan que soy un distraído, un tonto” (Etiquetación) Intensidad: 10

07-04-2010	Le cuento a mi mamá lo que me pasó en la escuela, se asusta y pide ayuda la señorita de turno.	Me pongo nervioso y siento hormigas en mi cuerpo. Balanceo mis pies. Intensidad 7	Todas me preguntan qué me pasa, pero no les puedo contar...	“No puedo hacer nada para proteger a mi familia” (Falacia de control) Intensidad: 7
08-04-2010	Estoy haciendo mis deberes y siento una presión en el pecho.	No puedo respirar, me ahogo. Intensidad 10	Me llevan a Psicología y me dan un remedio. (placebo)	“Y si tengo una enfermedad grave... siento que voy a morir” (visión catastrófica) Intensidad: 10
09-04-2010	Estoy con mis hermanos en nuestro cuarto.	Me falta el aire, me ahogo. Intensidad 10	Los niños de la Casa, gritan pidiendo ayuda.	“Pienso que quieren mi bien pero también mi mal... algunos me tienen envidia” (Polarización) Intensidad: 10
10-04-2010	En el recreo me acuerdo cuando mi papá le decía loca a mi	Me canso mucho y mi cabeza me duele, no puedo	Mi mamá no quería decir nada, creo que por miedo. Prefiero estar solo. Todos mis amigos se alejaron	“Nadie me entiende” Sobregeneralización

	mamá y decía que él no era el que le hacía cosas a mi hermana.	moverme. Intensidad 8	de mí.	Intensidad: 8
11-04-2010	Pienso en tener que estar ante un juez, me da miedo y vergüenza tener que contar todo de nuevo, es feo.	Estoy distraído, intento acomodar me varias veces en la silla, me sudan las manos. Intensidad 10	No puedo hacer mis deberes. Me preocupo, me siento inseguro.	“Soy culpable de que mi papá esté en la cárcel” (Culpabilidad) Intensidad: 10

➤ **Cuarta sesión:** Martes 13 de abril de 2010

Búsqueda de evidencias para comprobar la validez de los pensamientos automáticos.

Se inicia la sesión con el niño revisando el registro de pensamientos: Se realiza un análisis y se procede con las correcciones pertinentes. (Simplificación)

Se realiza un cuestionamiento por medio de las siguientes preguntas:

- ✓ **Pensamiento Automático: “Y si declaro contra mi papá, cuando salga de la cárcel nos querrá matar”**

Terapeuta: ¿Otras veces lo has pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

Paciente: muchas, nada porque estamos protegidos dentro de la Casa.

Terapeuta: ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

Paciente: creo que ninguna, porque la abogada me dijo que mi papá iba a estar bastante tiempo en la cárcel.

- ✓ **Pensamiento Automático: “Todos en la clase piensan que soy un distraído, un tonto”**

Terapeuta: ¿Tú crees que si yo te dijera eso, eso eres tú? ¿Por qué?

Paciente: mmm, no lo creo (sonríe), porque usted sabe mi problema, en cambio ellos no.

Terapeuta: ¿Piensas que eres un “tonto” cuando no puede hacer algo?

Paciente: poco, ya no mucho porque me acuerdo de lo que me dijo en terapia, de que soy un niño y que equivocarme es normal, porque es parte de crecer.

- ✓ **Pensamiento Automático: “No puedo hacer nada para proteger a mi familia”**

Terapeuta: ¿Qué pruebas tienes para pensar eso?

Paciente: porque mientras esté en la escuela mi papá pudo haberse escapado de la cárcel y estará vigilándonos.

Terapeuta: ¿Tal vez no crees que estás exagerando?

Paciente: no, porque siempre cuando estoy en la escuela mi mamá tiene que salir

- ✓ **Pensamiento Automático: “Y si tengo una enfermedad grave...siento que voy a morir”**

Terapeuta: ¿Otras veces lo has pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

Paciente: siempre. Nada, porque aquí me dan medicinas (placebos)

Terapeuta: ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

Paciente: si sigo tomando los jarabes no me va a pasar nada.

✓ **Pensamiento Automático:** “Pienso que quieren mi bien pero también mi mal... algunos me tienen envidia”

Terapeuta: ¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

Paciente: mmm, no creo

Terapeuta: ¿Démole un tanto por ciento si eso es así? En una escala de 10

Paciente: un 1%

Terapeuta: ¿En base a qué pensamiento estás midiendo esto?

Paciente: por la cantidad de amigos, tengo pocos amigos.

✓ **Pensamiento Automático:** “Nadie me entiende”

Terapeuta: ¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente?

Paciente: casi siempre.

Terapeuta: ¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?

Paciente: porque todos se alejaron de mí

Terapeuta: ¿Dónde está la prueba de que las cosas sean siempre así?

Paciente: en el recreo siempre salgo solo, ninguno se acerca y todos me ven.

Durante el diálogo y con la ayuda del registro de pensamientos automáticos, el paciente manifiesta haber dicho a sus compañeros que “prefiere estar solo, porque nadie entendería lo que le pasa”, esto explica, que sus amigos se alejaron por la petición del niño, mas no, porque el alejarse haya sido una acción propia de sus amigos.

✓ **Pensamiento Automático:** “Soy culpable de que mi papá esté en la cárcel”

Terapeuta: ¿Qué pruebas tienes?

Paciente: porque si no hubiese dicho nunca nada, no estaría pasando esto.

Terapeuta: ¿Este sentimiento de culpabilidad te impide realizar tus actividades diarias?

Paciente: sí, mucho no me puedo concentrar en la escuela y los niños no quieren jugar conmigo.

➤ **Quinta sesión:** Sábado 17 de abril del 2010

Reestructuración cognitiva: la piedra angular de la reestructuración cognitiva, son los pensamientos automáticos, es un procedimiento técnico por el cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que conducen a malestar emocional y frustración por otras más ajustadas, permitiendo ver la realidad de una manera más objetiva. (Cf:

<http://www.cognitivoconductual.org/tecter/reestr.htm>; jueves-15-abril-2010; 20:27)

En esta sesión se trabajó con los pensamientos automáticos los mismos que fueron tomados del Registro de Pensamientos. A continuación se procedió a la búsqueda de pensamientos alternativos:

✓ **Pensamiento Automático:** “Y si declaro contra mi papá, cuando salga de la cárcel nos querrá matar”.

Terapeuta: ¿Qué le dirías a un amigo si tuviese tu mismo problema?

Pensamiento alternativo: “Que debe declarar por su familia, que no se preocupe porque nunca están solos, porque siempre van acompañados, además tu papá está en la cárcel”.

✓ **Pensamiento Automático:** “Todos en la clase piensan que soy un distraído, un tonto”.

Terapeuta: ¿Qué crees que te diría un familiar? ¿Por qué?

Pensamiento alternativo: “Que eso es una mentira, porque soy inteligente y me esfuerzo por dar lo mejor en la escuela”.

✓ **Pensamiento Automático:** “No puedo hacer nada para proteger a mi familia”

Terapeuta: ¿Crees que hay otras maneras de hacerlo? ¿Cuáles?

Paciente: “Creo que sí... (El paciente toma un tiempo y responde), tendría que organizarse los horarios de salida de nosotros... también, estar siempre con el policía; como a otras mamás de la Casa”, ahí me sentiría más seguro”

Se hace una reunión con las Directoras de la Casa para solucionar el problema. Se llega a la solución planteando que el policía de la Casa acompañe a la madre y a los niños a las diferentes actividades que tengan que realizar como ir al Juzgado, escuela, parque, etc.

Pensamiento alternativo: “Mi familia ya está segura, no tengo que preocuparme”.

- ✓ **Pensamiento automático:** “Y si tengo una enfermedad grave...siento que voy a morir”

Terapeuta: ¿Qué te hace pensar eso?

Paciente: porque no puedo respirar.

Pensamiento alternativo: “Puedo controlarme, otras veces me ha pasado lo mismo y no me ha pasado nada”.

- ✓ **Pensamiento Automático:** “Pienso que quieren mi bien pero también mi mal...algunos me tienen envidia”

Terapeuta: ¿Qué te hace pensar eso?, ¿Piensas que si cambiara algo ya no pensarías eso?

Paciente: “como le conté, por lo que tengo poco amigos... Si creo, si ellos se juntaran conmigo, tendría más amigos y le preguntara cosas.”

En terapia se motiva al paciente a acercarse a sus amigos durante los juegos, el paciente accede a practicarlo el día de mañana (domingo) durante el paseo al parque.

Pensamiento alternativo: “Me acercaré y les diré que quiero jugar fútbol con ellos, seguro me dirán que sí”.

- ✓ **Pensamiento Automático:** “Nadie me entiende”.

Terapeuta: ¿Es ese el único pensamiento que tienes en tu mente para ver tu situación?

Paciente: “ya no tanto, porque como usted me dijo otros días, que no es que nadie me entiende, es que ellos no saben mi problema y que yo soy el único que puedo contarles. Seguro ellos se juntarán conmigo si hablo y juego con ellos”.

Pensamiento alternativo: “ellos sufrieron lo mismo que yo, creo que también les pasó lo que me pasó a mí”.

- ✓ **Pensamiento Automático:** “Soy culpable de que mi papá esté en la cárcel”.

Terapeuta: ¿Qué le dirías a un amigo que tuviera este pensamiento?

Pensamiento alternativo: “que él no es culpable de nada, porque los culpables están en la cárcel, y si declaró fue para salvar a su familia”.

Luego de haber identificado, evaluado, analizado, se procedió a la búsqueda de pensamientos alternativos, los mismos que deberán ser reforzados por el paciente mediante la utilización de tarjetas en los momentos en que se presenten los pensamientos automáticos.

➤ **Sexta sesión:** Martes 20 de abril del 2010

Se inicia la sesión preguntando al paciente sobre el refuerzo de los pensamientos alternativos mediante la utilización de tarjetas.

Comenta que se siente más seguro de poder ir a la escuela; ya que hoy utilizó una de las tarjetas propuestas, en el momento del recreo. Cuando se le vienen a la mente los pensamientos automáticos, él lo identificó como: “cuando se siente mal”, se procede a trabajar con el idioma del niño con la finalidad de lograr una mejor comprensión de las partes.

Tarjeta: “ellos sufrieron lo mismo que yo, creo que también les pasó lo que me pasó a mí”

Resultado: el niño logró interactuar con sus compañeros de clase y manifiesta que “ya no se siente tan mal”. Su intensidad en una escala de 10 era 8. Ahora lo puntúa en un 3. Manifiesta seguir leyéndola cuando se “vuelva a sentir mal”

El control en cuanto a la utilización de las tarjetas (para reforzar sus pensamientos alternativos y disminuir los pensamientos automáticos) serán controlados durante los días posteriores.

Luego, en esta sesión, se procede a trabajar con la técnica de la reatribución en el siguiente pensamiento automático: “Soy culpable de que mi papá esté en la cárcel”

Reatribución: se busca redireccionar las autoatribuciones negativas que ha hecho el paciente de una forma poco realista. No se trata de liberar al paciente de su responsabilidad de los hechos, se trata de establecer el grado de responsabilidad que verdaderamente tiene. Esta técnica es útil para pacientes que tienden a culpabilizarse o atribuirse responsabilidades de circunstancias adversas; puede ser realizada contrastando los hechos, indagando criterios de responsabilidad, y/o hablando en términos de porcentajes de culpabilidad (Beck et al, 1979). (Cf: <http://terapiacognitivaucc.blogspot.com/2008/07/tcnicas-bsicas-en-la-terapia-cognitiva.html>; domingo-18-abril-2010; 22:17)

✓ **Pensamiento Automático:** “Soy culpable de que mi papá esté en la cárcel”

Terapeuta: ¿Por qué crees que eres el culpable de que tu papá esté en la cárcel?

Paciente: “porque yo dije en la audiencia que mi papá sí era el que le hacía cosas sucias a mi hermana”.

Terapeuta: ¿Podrías decirme en una escala del 1 al 10, cuánto de culpabilidad tienes en eso?

Paciente: “sí, un 10”

Terapeuta: ¿Te acuerdas de lo que le dirías a un amigo si es que estuviera en la misma situación que tú, si pensara que es culpable?, ¿Crees que tiene sentido echarse la culpa de algo que sabes que no es verdad?

Paciente: mmm, no

Terapeuta: cuando tú te sientes culpable, te sientes preocupado, inseguro y te sudan las manos, ¿verdad? El paciente responde que sí. Se le indica al niño que cuando él dice sentirse mal, son síntomas de ansiedad.

Se procede a despejar dudas del niño e indicarle como se produce, sin catalogar a la ansiedad como una enfermedad, la misma que es controlable conjuntamente con la ayuda del niño. Se trabaja en motivación de la siguiente manera:

Terapeuta: recuerda que cada vez que te “sientas mal” (presencia de pensamientos automáticos) no tienes que responder a ellos. No les hagas caso, ignóralos. No los escuches. Sabes lo que son, son síntomas de ansiedad, son falsos mensajes Recuerda: “No soy yo, es mi ansiedad” y, de este modo, el malestar será más pequeño.

Se propone la utilización de una nueva tarjeta con el siguiente mensaje: “No soy yo, es mi ansiedad”, cada vez que se “sienta mal”. Igualmente se procederá a controlar en los siguientes días la utilización de las tarjetas.

➤ **Séptima sesión:** Martes 27 de abril del 2010

Descatastrofización: El sujeto cuestiona sus predicciones negativas en base a la evidencia. Pensamiento automático: “Y si tengo una enfermedad grave...siento que voy a morir”. Intensidad: 10

Terapeuta: ¿Recuerdas que te había dicho que cuando tú te sientes mal es por la ansiedad? ¿Y qué ha pasado cuando tú sientes eso?

Paciente: Sí. Nada porque las señoras de turno me dan agua y un jarabe.

Terapeuta: ¿Se han llegado a cumplir tus pensamientos alguna vez?

Paciente: No, porque otras veces pensé que me moría y no pasó.

Al final de la sesión se le motiva al paciente a seguir utilizando las tarjetas.

✓ **Octava sesión:** Lunes 03 de mayo del 2010

Programación de actividades incompatibles y relajación: está última técnica está enfocada en las actividades que le son placenteras al niño, con cortas, fáciles y simples, las mismas que han sido escogidas por razones de tiempo, pues la familia abandonará la Casa posiblemente en días posteriores.

Hemos planteado de esta manera pues queremos que “Á” lleve consigo las herramientas necesarias para poder enfrentarse ante una situación que le cause ansiedad.

- ✓ **Conducta:** va al baño por la noche muchas veces

Actividad incompatible: contar ovejas hasta conciliar de nuevo el sueño.

- ✓ **Conducta:** sensación de ahogo, no puede respirar,

Actividad incompatible: ejercicios de relajación: “se le motiva a contar hasta 3 y que exhale.

- ✓ **Conducta:** balancea sus pies, se frota las manos (siente nervios, preocupación, manos sudorosas)

Actividad incompatible: se le motiva a dibujar lo que mejor sabe hacer un súper héroe.

- ✓ **Conducta:** entumecido, inmovilidad (dolor de cabeza y estómago)

Actividad incompatible: se practica actividades motrices, para lo cual se le proporciona una pelotita anti estrés. Opcional: incluir a otros niños en su juego.

- ✓ **Conducta:** intenta acomodarse varias veces en la silla, está inquieto.

Actividad incompatible: se le pide al paciente que nos ayude a leer un cuento a los demás niños de la Casa.

A más de hacer uso de las tarjetas propuestas anteriormente, se le habla de esta lista de actividades propuestas para cuando el paciente se “sienta mal”. Se le pregunta si le parecen fáciles y rápidas de hacer. Manifiesta que sí. Accede a practicarlas con agrado e igualmente se le irá controlando en los días posteriores.

➤ **Novena sesión:** Lunes 10 de mayo del 2010

Se inicia la sesión preguntando al paciente sobre ¿qué tanto lo ha ayudado la utilización de tarjetas y el realizar las actividades propuestas en la última sesión?

El paciente responde sonriente pues dice que al inicio “no estaba tan seguro de poder

utilizar todas las tarjetas, pero me sentí más seguro porque después que leí me dio fuerzas y pude jugar con ellos”.

Sobre los resultados de adoptar las actividades incompatibles, manifiesta que son fáciles y le está gustando hacerlas. Ahora piensa en el cuento que le haré leer cuando esté haciendo los deberes. Incluso la pelotita anti estrés que se le proporcionó lo lleva en el bolsillo a lleva a todas partes, desde que sale de la Casa hasta cuando es hora de dormir. Se le pregunta porque la lleva a todas partes y expresa que es por la sensación que le provoca pues así no piensa en “cosas feas”.

A continuación, en esta sesión se aplicará la siguiente técnica:

Entrenamiento asertivo: la asertividad es la capacidad de expresar los pensamientos y sentimientos propios sin ansiedad ni agresión y de manera socialmente aceptable. Durante la terapia, el paciente puede aprender a comunicarse de un modo eficaz, manifestando sus propias opiniones. (Cf: www.cognitivoconductual.org/tecter/entr_asert.htm; jueves-15-abril-2010; 21:54)

Se le motiva al paciente a comunicarse de mejor manera; que en el momento en que “se sienta mal”, a más de utilizar las tarjetas y la pelotita anti estrés; a más de quedarse tranquilo y decirle al personal de la Casa “que ya estoy mejor”, se exprese contando lo que sintió en ese momento y porqué lo sintió.

Al decir que “ya estoy mejor” comprueba que a mas de lograr los resultados esperados, ya que se logró disminuir sus síntomas de ansiedad en un 50%, para lograr que el tratamiento sea un éxito hay que trabajar ahora en su asertividad, en lograr que pueda comunicarse con las demás personas de manera favorable.

➤ **Décima sesión:** Viernes 14 de mayo del 2010

El paciente no pudo asistir a terapia por razones académicas (trabajos y prueba para el día lunes 17, solicita la ayuda de las muchachas de la Casa).

Preguntamos al Personal de la Casa sobre los cambios de “Á” y manifiestan que se muestra más tranquilo, está sonriendo y se une más seguido a los juegos de los niños, incluso accede a realizar algún acto en las fiestas infantiles (cumpleaños de los demás niños de la Casa que se celebran una vez al mes, los días viernes)

No se pudo finalizar el tratamiento con “Á” ya que el niño y su familia abandonarán la Casa de Acogida el día de mañana, sábado 15 de mayo, con el consentimiento de las Directoras de la Casa.

Se hace el cierre de la terapia de modo informal, recordando al paciente que no deje de utilizar las tarjetas y lo aprendido en terapia. Se le recuerda a la familia que las puertas de la Casa siempre están abiertas.

➤ **Décima primera sesión:** Lunes 17 de mayo del 2010

Para esta sesión se tenía planeado realizar la técnica de la visualización positiva, partiendo de la relajación. Se trabaja con el niño en la motivación por practicar en los momentos en que sienta ansiedad.

Procedimiento de Relajación Muscular de Koeppen:

MANOS Y BRAZOS

Imagina que tienes un **limón** en tu mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo, trata de exprimirle todo el jugo. Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estás exprimiendo. Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el 1º; muy bien. Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano izquierda y exprímele todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón. (Repetir el mismo procedimiento con la mano y el brazo derechos).

BRAZOS Y HOMBROS

Ahora vamos a imaginarnos que eres un **gato muy perezoso** y quieres estirarte. Estira (extiende) tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Fíjate en el tirón que sientes en tus hombros. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados. Ahora una vez más, vamos a intentar estirar los brazos, intentar tocar el techo esta vez. De acuerdo. Estira los brazos enfrente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fíjate en la tensión que sientes en tus brazos y hombros. Un último estirón ahora muy fuerte. Deja caer los brazos, fíjate qué bien te sientes cuando estás relajado.

HOMBROS Y CUELLO

Ahora imagina que eres una **tortuga**. Imagínate que estás sentado encima de una roca en un apacible y tranquilo estanque relajándote al calor del sol, te sientes tranquilo y seguro allí. ¡Oh! de repente sientes una sensación de peligro. ¡Vamos! mete la cabeza en tu concha. Trata de llevar tus hombros hacia tus orejas, intentando poner tu cabeza metida entre tus hombros, mantente así, no es fácil ser una tortuga metida en su caparazón. Ahora el peligro ya pasó, puedes salir de tu caparazón y volver a relajarte a la luz del cálido sol, relájate y siente el calor del sol. ¡Cuidado! más peligro, rápido mete la cabeza en tu casa, tienes que tener la cabeza totalmente metida para poder protegerte. Bien ya puedes relajarte, saca la cabeza y deja que tus hombros se relajen. Fíjate que te sientes mucho mejor cuando estás relajado que cuando estás tenso. Una vez más. ¡Peligro! esconde tu cabeza, lleva los hombros hacia tus orejas, no dejes que ni un solo pelo de tu cabeza quede fuera de tu concha. Mantente dentro, siente la tensión en tu cuello y hombros. De acuerdo, puedes salir de tu concha, ya no hay peligro. Relájate, ya no va a haber más peligro, no tienes nada de qué preocuparte, te sientes seguro, te sientes bien.

MANDÍBULA

Imagínate que tienes un **enorme chicle** en tu boca, es muy difícil de masticar, está muy duro. Intenta morderlo, deja que los músculos de tu cuello te ayuden. Ahora relájate, deja tu mandíbula floja, relajada, fíjate qué bien te sientes cuando dejas tu mandíbula caer. Muy bien, vamos a masticar ahora otro chicle, másticalo fuerte,

intenta apretarlo, que se meta entre tus dientes. Muy bien, lo estás consiguiendo. Ahora relájate, deja caer la mandíbula, es mucho mejor estar así, que estar luchando con ese chicle. Bien, una vez más vamos a intentar morderlo. Muérdelo lo más fuerte que puedas, más fuerte, muy bien, estás trabajando muy bien. Bien, ahora relájate. Intenta relajar tu cuerpo entero, intenta quedarte como flojo, lo más flojo que puedas.

CARA Y NARIZ

Bueno, ahora viene volando una de esas **molestas moscas**, o **preciosa mariposa** y se ha posado en tu nariz, trata de espantarla pero sin usar tus manos. Intenta hacerlo arrugando tu nariz. Trata de hacer tantas arrugas con tu nariz como puedas. Deja tu nariz arrugada, fuerte. ¡Bien! has conseguido alejarla, ahora puedes relajar tu nariz, ¡oh! por ahí vuelve esa pesada mosca, arruga tu nariz fuerte, lo más fuerte que puedas. Bien, se ha ido nuevamente. Ahora puedes relajar tu cara. Fíjate que cuando arrugas tan fuerte tu nariz, tus mejillas, tu boca, tu frente y hasta tus ojos te ayudan y se ponen tensos también. ¡Oh! otra vez regresa esa vieja mosca, pero esta vez se ha posado en tu frente. Haz arrugas con tu frente, intenta cazar la mosca con tus arrugas, fuerte. Muy bien, ya se ha ido para siempre, puedes relajarte, intenta dejar tu cara tranquila, sin arrugas. Siente cómo tu cara está ahora más tranquila y relajada.

PECHO Y PULMONES

Vas a respirar hinchándote y deshinchándote como un **globo**. Vas a coger el aire por la nariz intentando llenar todos tus pulmones de aire... aguanta a respiración contando tres segundos y siente la presión en todo tu pecho luego sueltas el aire por la boca despacito poco a poco y cierras los ojos y comprueba como todo, todo tu cuerpo se va desinflando como un globo y como todo tu cuerpo se va hundiendo y aplastando contra el sofá o la cama donde estás tumbado...con el aire suelta toda las cosas malas, todas las cosas que no te gustan, todas las cosas que te preocupan... ¡Fuera! ... ¡échalas!... y quédate respirando normal y notando esa sensación tan buena de tranquilidad, de dejadez de paz... respirando como tu respiras normalmente y notando como el aire entra y sale sin dificultad... ¡Vamos a respirar de nuevo profundamente ¡ coge el aire por tu nariz...hincha el globo todo lo que puedas y cuenta hasta tres aguantando el aire...uno , dos y tres.... Y suelta por la boca, despacio, cerrando los ojos y convirtiéndote en un globo que se va deshinchando, deshinchando hundiéndose, hundiéndose... aplastándose y quedándose tranquilo...

ESTOMAGO

Imagina que estás tumbado sobre la hierba, ¡Vaya! mira, por ahí viene un **elefante**, pero él no está mirando por donde pisa, no te ha visto, va a poner un pie sobre tu estómago, ¡no te muevas! no tienes tiempo de escapar. Trata de tensar el estómago poniéndolo duro, realmente duro, aguanta así, espera, parece como si el elefante se fuera a ir en otra dirección. Relájate, deja el estómago blandito y relajado lo más que puedas. Así te sientes mucho mejor. ¡Oh! por ahí vuelve otra vez. ¿Estás preparado? Tensa el estómago fuerte, si él te pisa y tienes el estómago duro no te hará daño. Pon tu estómago duro como una roca. Bien, parece que nuevamente se va. Puedes relajarte. Siente la diferencia que existe cuando tensas el estómago y cuando lo dejas relajado. Así es como quiero que te sientas, tranquilo y relajado. No podrás creerlo pero ahí vuelve el elefante y esta vez parece que no va a cambiar de camino, viene derecho hacia ti. Tensa el estómago. Ténsalo fuerte, lo tienes casi encima de ti, pon duro el estómago, está poniendo una pata encima de tí, tensa fuerte. Ahora ya parece que se va, por fin se aleja. Puedes relajarte completamente, estar seguro, todo está bien, te sientes seguro, tranquilo y relajado.

Esta vez vas a imaginarte que quieres pasar a través de una **estrecha cerca** en cuyos bordes hay unas estacas. Tienes que intentar pasar y para ello te vas a hacer delgado, metiendo tu estómago hacia dentro, intentando que tu estómago toque tu columna. Trata de meter el estómago todo lo más que puedas, tienes que atravesar esa valla. Ahora relájate y siente cómo tu estómago está ahora flojo. Muy bien, vamos a intentar nuevamente pasar a través de esa valla. Mete el estómago, intenta que toque tu columna, déjalo realmente metido, muy metido, tan metido como puedas, aguanta así, tienes que pasar esa valla. Muy bien, has conseguido pasar a través de esa estrecha valla sin pincharte con sus estacas. Relájate ahora, deja que tu estómago vuelva a su posición normal. Así te sientes mejor. Lo has hecho muy bien.

PIERNAS Y PIES

Ahora imagínate que estás parado, descalzo y tus pies están dentro de un **pantano lleno de barro espeso**. Intenta meter los dedos del pie dentro del barro. Probablemente necesitarás tus piernas para ayudarte a empujar. Empuja hacia dentro, siente como el lodo se mete entre tus pies. Ahora salte fuera y relaja tus pies. Deja que tus pies se queden como flojos y fijate cómo estás así. Te sientes bien cuando

estás relajado. Volvemos dentro del espeso pantano. Mete los pies dentro, lo más dentro que puedas. Deja que los músculos de tus piernas te ayuden a empujar tus pies. Empuja fuerte, el barro cada vez está más duro. Bien, salte de nuevo y relaja tus piernas y tus pies. Te sientes mejor cuando estás relajado. No tenses nada. Te sientes totalmente relajado.

IMAGEN POSITIVA:

Ahora que has terminado todos los ejercicios vas a fijarte en lo que notas en tu cuerpo...cuando estamos relajados notamos diferentes sensaciones, pesadez, calor, cansancio, sueño, que nuestro cuerpo pesa y no nos podemos mover, o tal vez todo lo contrario que nuestro cuerpo no pesa y parece como que flotamos, podemos notar cosquillitas y hormigueo en los dedos de las manos ... busca tus sensaciones de relajación... fijate en ellas y disfrútalas... tu mente y tu pensamiento se puede quedar con ellas...y repetir lo que notas... calor... calor... flotar... flotar...

Vas a elegir una imagen para ti... **TU IMAGEN POSITIVA:** un lugar, un sitio, real o imaginario, que hayas estado o no, un sitio que solo por estar allí ya estarías tranquilo y relajado...y te lo vas a imaginar lo mejor posible... lo que ves, lo que oyes, lo que notas en tu cuerpo, hasta puedes imaginarte lo que hueles... y como estás allí tumbado...en la hierba , en la arena, flotando en el mar, flotando en una nube blanca de algodón, volando como una ave... tu imagen.

Y mantente en ella mientras que estás relajado...

¡Has terminado! No te levantes de golpe, estírate, abre los ojos, bosteza, sonríe... y ya te puedes levantar...

Al igual que todos los días comes y duermes, y te lavas las manos y juegas... puedes practicar la relajación solo son diez minutos y si lo haces descubrirás su secreto.

(Cf:www.cinteco.com/pacientes/material_recomendado/relajacion_ninos/; sábado-15- mayo-2010; 17:38)

En el tratamiento por medio de la aplicación de técnicas cognitivas conductuales para la ansiedad en un niño víctima de violencia intrafamiliar nos basamos en los criterios de que sean de fácil aplicación, con miras a obtener resultados a corto plazo, haciendo énfasis en que sean de agrado para el niño, con la finalidad de que el paciente lo incorpore sin dificultad a su vida diaria.

Los resultados alcanzados en cuanto a la disminución de los síntomas de ansiedad en su intensidad y frecuencia, en una escala de 100%, fueron en un 50%, siendo satisfactorios tanto para el paciente como para el terapeuta.

CONCLUSIONES

Habiendo partido de un amplio conocimiento sobre el problema de ansiedad en un niño, ¿cómo se origina? y cuáles son sus consecuencias; así como su respectivo estudio de caso, podemos afirmar que la ansiedad es producto de no saber cómo hacer frente ante una situación estresante y conflictiva, en donde el individuo empieza a desarrollar una visión simplista y negativa de la misma; impidiéndole tener las herramientas necesarias para saber reconocer que su pensamiento es el causante de múltiples malestares tanto físicos como mentales.

Estas percepciones empobrecedoras que realiza el paciente acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar múltiples trastornos, entre ellos la ansiedad. Es ahí, cuando la ayuda de un profesional de la salud mental se hace necesaria, con el propósito de que sea el terapeuta el que le ayuda a desarrollar pensamientos y conductas alternativas de plantearse, frente a la situación que le resulta problemática en el mundo real. De esta manera le ayudamos al paciente a descubrir soluciones a sus problemas, las mismas que no estaban en su modelo, y así el paciente ve que no es que "no existen" soluciones, sino que sólo él, no las había visto.

En el tratamiento de la ansiedad en un niño de 10 años, víctima de violencia intrafamiliar, nos hemos enfocado en la aplicación de técnicas cognitivas conductuales. Su aplicación es sencilla, con el propósito de lograr resultados rápidos, efectivos y a corto plazo; y que sobre todo sean acoplados a la edad y lenguaje del niño con la finalidad de lograr una mejor comprensión del problema a tratar.

Los resultados alcanzados fueron satisfactorios, puesto que se logró disminuir en un 50% los síntomas de ansiedad en el niño y conseguimos que lo aprendido en terapia lo incorpore a su vida, logrando una mejor calidad de vida; siendo éste el objetivo que nos trazamos al inicio del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA:

1. BARON, Robert A; BYRNE, Donn, “Psicología Social”, Ed. Prentice Hall. Madrid 1998.
2. CASTAÑEDA, F., “La Violencia y el abuso sexual en menores, Solidaridad y Desarrollo”. Lima. 1997.
3. CORMIER, William H; CORMIER, Sherilyn L., “Estrategias de entrevista para terapeutas”, Ed. Descleé de Brouwer, Bilbao 2000.
4. DE LA TORRE, Francisco, “Relaciones Humanas”, Ed. Trillas, México 1998.
5. FELDMAN, Robert S., “Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana”, Ed. Mc Graw Hill, México.
6. FRIEDBERG, Robert D; MC.CLURE, Jessica M., “Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes”, Ed. Paidós, Barcelona.
7. LYDDON, William J; JONES, Jhon V., “Terapias cognitivas con fundamento empírico”, Ed. El Manual Moderno, México, 2002.
8. OBLITES, Luis A, “Psicoterapia Contemporánea”, Ed. Cengage Learning, México 2008.
9. ROMERO, Antonio, “Aprende a cuidarte prevención del abuso sexual”, Ed. Trillas, Argentin, 2009.
10. RUBIO, Ana Martos, “Las mil caras del maltrato psicológico”, Ed, Mc. GrawHill, 2003.
11. RUIZ Y CANO, “Manual Virtual” [s.a.]
12. SARASON, Irwin G; SARASON, Barbara R., “Psicología Anormal”, Ed. Prentice Hall, 1996.
13. WICKS, Nelson Rita; ISRAEL, Allen C., “Psicopatología del niño y del adolescente”, Ed. Prentice Hall, Madrid, 1997.

Páginas Web:

1. CETETIC, Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. “Entrenamiento asertivo”. Internet: www.cognitivoconductual.org/tecter/entr_asert.htm Acceso: 15 abril 2010.
2. CETETIC, Centro de Terapia Cognitivo Conductual y Ciencias del Comportamiento. “Reestructuración Cognitiva”. Internet: <http://www.cognitivoconductual.org/tecter/reestr.htm> Acceso: 15 abril 2010.
3. Bonet Camañes, Trinidad. “Relajación Muscular de Koeppen”. Internet: www.cinteco.com/pacientes/material_recomendado/relajacion_ninos/ Acceso: 15 mayo 2010.
4. Charles Linden. “Ansiedad y Trastorno de ansiedad”. Internet: <http://www.ansiedad-ataques-panico-americas.com/ansiedad/#tips> Autor del Método Linden, Director de los Centros Linden del Reino Unido, México, Alemania, España, EUA y Dinamarca. Acceso: 12 abril 2010.
5. Elizeche, Manuel. “Angustia normal y patológica”. .Internet: <http://archivo.abc.com.py/2009-01-23/articulos/489431/angustia-normal-y-patologica>. Acceso: 12 abril 2010.
6. Ps. Toro Tobar, Ronald Alberto. “Técnicas básicas en la Terapia Cognitiva”. Internet: <http://terapiacognitivaucc.blogspot.com/2008/07/tenicas-bsicas-en-la-terapia-cognitiva.html> Acceso: 18 abril 2010
7. Virues Elizondo, Rosa Aurora. “Estudio sobre la ansiedad”. Internet: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-69-1-estudio-sobre-ansiedad.html> Acceso: 17 marzo 2010.

ANEXOS

PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

- HTP
- EPQ-J

Casa-Árbol-Persona

TÉCNICA DE DIBUJO PROYECTIVO

H- T- P

Folleto para la interpretación

Nombre:.....Fecha:

Sexo: Masculino.....Femenino.....Edad.....Escolaridad.....

Fuente de referencia:.....

Preguntas de referencia:.....

Entrevistador:.....

OBSERVACIONES GENERALES (1)

Casa: Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia) _____
Tiempo para completar el dibujo _____

Árbol: Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia) _____
Tiempo para completar el dibujo _____

Persona: Tiempo en que comenzó a dibujar (latencia) _____
Tiempo para completar el dibujo _____

Para abreviar el interrogatorio en los dibujos a color, puede utilizar únicamente las preguntas marcadas con un asterisco (*)

CASA

1. * ¿Cuántos pisos tiene la casa?
2. ¿De qué color está hecha la casa?
3. * ¿Es suya? ¿De quién es?
4. ¿En la casa de quién pensaba cuando la dibujaba?
5. ¿Le gustaría que fuera suya esa casa? ¿Por qué?
- 6.* Si fuera dueño(a) de esa casa y pudiera hacer lo que quisiera con ella ¿qué cuarto escogería para usted? ¿Por qué?
7. * ¿Quién le gustaría que viviera en esa casa con usted? ¿Por qué?
8. Cuando mira la casa ¿Le parece que se encuentra cerca o lejos?
9. Cuando mira la casa ¿tiene la impresión de que se encuentra por arriba de usted, debajo de usted o al mismo nivel que usted?
10. ¿Qué le hace pensar o recordar la casa?
11. ¿Qué más?
12. ¿Es una casa feliz y amistosa?
13. ¿Qué hay en la casa que le da esa impresión?
14. ¿La mayoría de las casas son así? ¿Por qué piensa eso?
- 15.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura)
16. ¿Qué tipo de clima le gusta?
17. ¿A quién le recuerda esa casa? ¿Por qué?
- 18.* ¿Qué es lo más necesita la casa? ¿Por qué?
- 19.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la casa) ¿Quién sería?
20. ¿Hacia dónde lleva la chimenea es esta casa?
21. Interrogatorio acerca de la distribución. (Dibujo y designación, por ejemplo. ¿Qué cuarto está representado por cada ventana? ¿Quién se encuentra ahí generalmente?

ÁRBOL

- 22.* ¿Qué clase de árbol es?
23. ¿Dónde se encuentra realmente ese árbol?
- 24.* ¿Aproximadamente qué edad tiene ese árbol?
- 25.* ¿Está vivo ese árbol?
26. ¿Qué hay en él que le da la impresión de estar vivo?
27. ¿Qué causó su muerte? (si no está vivo)
28. ¿Volverá a estar vivo?
29. ¿Alguna parte del árbol está muerta? ¿Cuál? ¿Qué cree que ocasionó su muerte?
¿Por cuánto tiempo ha estado muerta?
- 30.* ¿A qué se parece más ese árbol, a un hombre o a una mujer?
31. ¿Qué hay en el árbol que le da esa impresión?
32. Si fuera una persona en lugar de un árbol ¿Hacia dónde estaría mirando?
33. El árbol se encuentra sólo o dentro de un grupo de árboles?
34. Cuando mira el árbol ¿Tiene la impresión de que se encuentra por encima de usted o al mismo nivel que usted?
- 35.* ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura)
- 36.* ¿Está soplando el viento en el dibujo? Muéstreme en qué dirección sopla. ¿Qué clase de viento es?
37. ¿Qué le recuerda ese árbol?
38. ¿Qué más?
39. ¿Es un árbol sano? ¿Qué le da esa impresión?
40. ¿Es un árbol fuerte? ¿Qué le da esa impresión?
41. ¿A quién le recuerda el árbol?
- 42.* ¿Qué es lo que más necesita el árbol?
43. ¿Alguien ha lastimado alguna vez al árbol? ¿Por qué?
- 44.* Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte del árbol) ¿quién sería?

PERSONA

- 45.* ¿Es este un hombre o una mujer (niño o niña)?
- 46.* ¿Qué edad tiene?
- 47.* ¿Quién es?
48. ¿Es un pariente, un amigo o qué?
49. ¿En quién estaba pensando cuando dibujaba?
- 50.* ¿Qué está haciendo? ¿Dónde lo está haciendo?
51. ¿En qué estaba pensando?
- 52.* ¿Cómo se siente? ¿Por qué?
- 53.* ¿Qué le hace pensar o que le recuerda esa persona?
54. ¿Qué más?
55. ¿Está sana esa persona?
56. ¿Qué es lo que le da esa impresión?
57. ¿Es feliz esa persona?
58. ¿Qué le da esa impresión?
59. ¿Es así la mayoría de la gente? ¿Por qué?
60. ¿Cree que le agradaría esa persona?
61. ¿Por qué?
62. ¿Cómo es el clima en este dibujo? (época del año y momento del día, cielo, temperatura)
63. ¿A quién le recuerda esa persona?
- 64.* ¿Qué es lo más necesita esa persona? ¿Por qué?
- 65.* ¿Alguien ha herido alguna vez a esa persona? ¿De qué manera?
- 66.* ¿Si esto fuera una persona en lugar de (cualquier objeto dibujado aparte de la persona), ¿quién sería?
- 67.* ¿Qué tipo de ropa lleva puesta esta persona?

3

68. (Pídale al sujeto que dibuje el sol y la línea base en cada dibujo) Suponga que el sol fuera alguna persona que usted conoce. ¿Quién sería?

N,O 97

	PO	PC
N		
E		
P		
S		
CA		

EPQ-J

Apellidos y nombre..... Edad..... Sexo:.....
 Centro..... Curso..... N.Q.....
 Profesión del Padre..... Fecha.....

Instrucciones

Las preguntas siguientes se refieren a diferentes modos de pensar y sentir. Después de cada una están las palabras Sí y No.

Lee cada pregunta y contesta poniendo una cruz o aspa sobre la palabra Sí o le palabra No, según sea tu modo de pensar o sentir. No hay respuestas buenas o malas; todas sirven. Tampoco hay preguntas de truco.

Mira cómo se han contestado los siguientes ejemplos:

	Respuesta
A) ¿Te gustaría ir de vacaciones al Polo Norte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
B) ¿Alguna vez has llegado tarde al colegio?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

El niño que ha señalado las respuestas ha contestado que No le gustaría ir de vacaciones al Polo Norte y que Sí, es verdad, que alguna vez ha llegado tarde al colegio.

Trabaja rápidamente y no pienses demasiado en el significado de las preguntas

CONTESTA A TODAS LAS PREGUNTAS

Autores: H. J. Eysenck y S. 8. G. Eysenck

Traducido y adaptado con permiso Hooder do Stoughion. Kant. Engiana. Copyright 1975 by H. J. Eyaenck & S. 3. G. Eyaenck.
 Copyright 1978 by TEA Ediciones S.A. Todos. los. derechos reservados. - Prohibido la reproducción total o parcial. Edita: TEA Ediciones S. A. - c/. Fray Bernardino de Sanagún 24- Madrid - 16-
 Imprime Aguirre Campano. . Daganzo,15 duada. - Madrid.2 - Depósito LegaJ: M. 39.379 - 1982

	Respuesta
1. ¿Te agrado que haya mucha animación a tu alrededor?	Sí No
2. ¿Cambio tu estado de humor con facilidad?	Sí No
3. ¿Piensas que los policías castigan para que les tengamos miedo?	Sí No
4. ¿Alguna vez has querido llevarte más de lo que te correspondía en un reparto?	Sí No
5. ¿Cuando la gente te habla, ¿ respondes en general rápidamente?	Sí No
6. ¿Te aburres con facilidad?	Sí No
7. ¿ Te divierten las bromas que a veces pueden molestar a otros?	Sí No
8. ¿Haces siempre inmediatamente lo que te piden?	Sí No
9. ¿Frecuentemente te gusta estar solo?	Sí No
10. ¿Te vienen ideas a la cabeza que no te dejan dormir por la noche?	Sí No
11. ¿Siempre cumples todo lo que dicen y mandan en el colegio?	Sí No
12. ¿Te gustaría que otros chicos te tuviesen miedo?	Sí No
13. ¿Eres muy alegre y animoso?	Sí No
14. ¿Hay muchas cosas que te molestan?	Sí No
15. ¿Te equivocas algunas veces?	Sí No
16. ¿Has quitado algo que perteneciera a otro (aunque sea una bola o un cromó)?	Sí No
17. ¿Tienes muchos amigos?	Sí No
18. ¿Te sientes alguna vez triste sin ningún motivo para ello?	Sí No
19. ¿Algunas veces te gusta hacer rabiar mucho a los animales?	Sí No
20. ¿Alguna vez has hecho como que no habías oído cuando alguien te estaba llamando?	Sí No
21. ¿Te gustaría explorar un viejo castillo en ruinas?	Sí No
22. ¿A menudo piensas que la vida es muy triste?	Sí No

23. ¿Crees que tú te metes en más riñas y discusiones que los demás? Sí No
24. En casa, ¿siempre acabas los deberes antes de salir a jugar a la calle? Sí No
25. ¿Te gusta hacer cosas en las que tengas que actuar con rapidez? Sí No
26. ¿Te molesta mucho que los mayores te nieguen lo que pides? Sí No
27. ¿Cuando oyes que otro está diciendo palabrotas, ¿ intentas corregirle? Sí No
28. ¿Te gustaría actuar en una comedia organizada en el colegio? Sí No

N E P S CA

--	--	--	--	--

29. ¿Te sientes herido fácilmente cuando los demás encuentran faltas en tu conducta o trabajo? Sí No
30. ¿Te afectaría mucho ver un perro que acaba de ser atropellado? Sí No
31. ¿Siempre has pedido disculpas cuando has dicho o hecho algo mal? Sí No
32. ¿Crees que alguno piensa que tú le has hecho una faena y quiere vengarse de ti? Sí No
33. ¿Crees que debe ser muy divertido hacer esquí acuático? Sí No
34. ¿Te sientes frecuentemente cansado sin ningún motivo para ello? Sí No
35. En general, ¿te divierte molestar a los demás? Sí No
36. ¿Te quedas siempre callado cuando las personas mayores están hablando? Sí No
37. En general, ¿eres tú quien da el primer paso al hacer un nuevo amigo? Sí No
38. Al acabar de hacer algo, ¿piensas, generalmente, que podrías haber/o hecho mejor? Sí No
39. ¿Crees que tú te metes en más peleas que los demás? Sí No

40. ¿Alguna vez has dicho una palabrota o has insultado a otro? Sí No
41. ¿Te gusta contar chistes o historietas divertidas a tus amigos? Sí No
42. En clase, ¿te metes en más líos o problemas que los demás
compañeros? Sí No
43. En general, ¿recoges del suelo los papeles o basura
que tiran los compañeros en clase? Sí No
44. ¿Tienes muchas aficiones o te interesas por muy diferentes cosas? Sí No
45. ¿Algunas cosas te hieren y ponen triste con facilidad? Sí No
46. ¿Te gusta hacer picardías o jugarretas a los demás? Sí No
47. ¿Te lavas siempre las manos antes de sentarte a comer? Sí No
48. En una fiesta o reunión, ¿te quedas sentado mirando
en vez de divertirse y jugar? Sí No
49. ¿Frecuentemente te sientes “harto de todo”? Sí No
50. ¿A veces es bastante divertido ver cómo u no pandilla molesta
o mete miedo a un chico pequeño? Sí No
51. ¿Siempre te comportas bien en clase, aunque el profesor haya salido? Sí No
52. ¿Te gusta hacer cosas que te dan un poco de miedo? Sí No
53. ¿A veces te encuentras tan intranquilo que no puedes quedarte
sentado mucho rato en una silla? Sí No
54. ¿Crees que los pobres tienen iguales derechos que los ricos? Sí No
55. ¿Has comido alguna vez más dulces de los que te permitieron? Sí No

N E P S CA

--	--	--	--	--

56. ¿Te gusta estar con los demás chicos y jugar con ellos? Sí No
57. ¿Son muy exigentes contigo tus padres? Sí No
58. ¿Te gustaría ser paracaidista? Sí No
59. ¿Te preocupas durante mucho tiempo cuando crees que has
hecho una tontería? Sí No
60. ¿Siempre comes todo lo que te ponen en el plato? Sí No
61. ¿Puedes despreocuparte de otras cosas y divertirte mucho
en una reunión o fiesta animada? Sí No
62. ¿Piensas frecuentemente que la vida no merece la pena vivirla? Sí No
63. ¿Sentirías mucha pena al ver un animal cogido en un
cepo o trampa? Sí No
64. ¿Has sido descarado alguna vez con tus padres? Sí No
65. ¿Normalmente tomas pronto una decisión y te pones
con rapidez a hacer las cosas? Sí No
66. ¿Te distraes con frecuencia cuando estás haciendo alguna tarea? Sí No
67. ¿Te gusta zambullirte o tirarte al agua en una piscina o en el mar? Sí No
68. Cuando estás preocupado por algo, ¿te cuesta poder dormirte
por la noche? Sí No
69. ¿Has sentido alguna vez deseos de «hacer novillos» y no ir a clase? Sí No
70. ¿Creen los demás que tú eres muy alegre y animoso? Sí No
71. Te sientes solo frecuentemente? Sí No
72. ¿Eres siempre muy cuidadoso con las cosas que pertenecen a otros? Sí No
73. ¿Siempre has repartido tus juguetes, caramelos o cosas con los
demás? Sí No
74. ¿Te gusta mucho salir de paseo? Sí No

75. ¿Has hecho alguna vez trampas en el juego? Sí No
76. ¿ Te resulta difícil divertirse en una reunión o fiesta animada? Sí No
77. ¿ Te sientes unas veces alegre y otras triste; sin ningún motivo para ello? Sí No
78. Cuando no hay una papelera cerco, ¿ tiras los papeles al suelo? Sí No
79. ¿Te consideras una persona alegre y sin problemas? Sí No
80. ¿ Necesitas con frecuencia buenos amigos que te comprendan y animen? Sí No
81. ¿Te gustaría montar en una motocicleta muy rápida? Sí No

N E P S CA

--	--	--	--	--

