



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Psicología

MOLDEAMIENTO POR APROXIMACIONES SUCESIVAS Y JUEGO DE ROLES

PARA LA ANSIEDAD SOCIAL DE UN ADOLESCENTE

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

AUTORA

Miranda Salinas Magdalena Mirtha

ASESOR

Roca Paucarpoma, Favio Javier

JURADO

PINTO HERRERA, FLORITA

MENDOZA HUAMÁN, VICENTE

VÁSQUEZ VEGA, EDA JEANETTE

Lima- Perú

2020

DEDICATORIA

Dedicada a mis hijos por ser el motor que me impulsa a superarme cada día y siempre a Dios por ser mi guía en todos los momentos.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento a mis hijos por su apoyo incondicional que me impulsan a superarme.

A mi asesor y profesores del programa de segunda especialidad en terapia cognitivo conductual de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	9
1.1. Descripción del problema:	11
Datos de Filiación	11
Motivo de Consulta	12
Problema Actual	12
Historia Personal	17
Historia Familiar	19
1.2. Antecedentes	27
Estudios Nacionales e Internacionales	27
Estudios Internacionales	27
1.3. Objetivos	37
Objetivo General	37
Objetivo Específico	37
1.4. Justificación del estudio	37
1.5. Impactos esperados en el trabajo académico	38
II. METODOLOGIA	39
Tipo de Investigación	39
Informe de los Instrumentos Aplicados	39
Intervención Psicológica	41
III. RESULTADOS	52
IV. CONCLUSIONES	54
V. RECOMENDACIONES	55
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
VII. Anexos	59

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Datos sobre su educación.....	18
Tabla N° 2 Datos Familiares	19
Tabla N° 3 Análisis Funcional	21
Tabla N° 4 Análisis Cognitivo	24
Tabla N° 5 Diagnóstico Funcional	26
Tabla N° 6 Resultados de la escala de ansiedad social de Liebowitz.....	40
Tabla N° 7 Registro de Frecuencia de las conductas motoras - línea base A.....	41

INDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Estructura Familiar	12
Figura N° 2 Registro de frecuencia de las conductas motoras – Línea Base A	42
Figura N° 3 Línea base, línea de de tratamiento y línea de seguimiento	53

RESUMEN

En este trabajo de investigación presento el caso de un adolescente de 16 años que cursa el cuarto año del nivel de secundaria, quien realiza con frecuencia conductas de ansiedad/miedo y evitación en su centro de estudios y en su casa; dichas conductas son alejarse de los lugares donde están los compañeros del salón, llamar a la tutora y pedirle que exponga su tema por él, encerrarse en su cuarto cuando los padres le llaman la atención porque no se expresa verbalmente explicando una situación, retirarse de su sala y encerrarse en su cuarto cuando viene visita a su casa, pedirle a la mamá que responda el teléfono, por él cuando lo llaman compañeros de aula. La evaluación realizada y el abordaje conductual fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Cuyo objetivo es modificar las conductas inadecuadas emitidas por el adolescente, por lo que los instrumentos utilizados para la recolección de datos son la historia psicológica y una escala para la ansiedad social. Asimismo, durante el tratamiento, las técnicas de modificación de conducta empleadas son moldeamiento por aproximaciones sucesivas, juego de roles, reforzamiento positivo, modelamiento, entre otros. Los resultados demuestran una mejoría en relación con su comportamiento; es decir, se logró que el adolescente eliminara las conductas indeseadas de ansiedad/ miedo y evitación.

Palabras clave: adolescente, ansiedad, miedo, modificación de conducta

ABSTRACT

In this research paper I present the case of a 16-year-old teenager who is in the fourth year of secondary school, who frequently conducts anxiety / fear and avoidance behaviors in his study center and in his home; these behaviors are to move away from the places where the classmates are, call the tutor and ask her to present her topic for him, lock himself in his room when the parents call his attention because he does not express himself verbally explaining a situation, withdraw from his room and lock himself in his room when he comes home visit, ask the mother to answer the phone, for him when they call him classmates. The evaluation carried out and the behavioral approach was designed under the ABA multi-conditional single case experimental model. Whose objective is to modify the inappropriate behaviors emitted by the adolescent, so the instruments used for data collection are psychological history and a scale for social anxiety. Also, during the treatment, the behavior modification techniques used are molding by successive approximations, role play, positive reinforcement, modeling, among others. The results show an improvement in relation to their behavior; that is, it was possible for the adolescent to eliminate unwanted anxiety / fear and avoidance behaviors.

Keywords: adolescent, anxiety, fear, behavior modification

I. INTRODUCCIÓN

La etapa de la adolescencia, es una etapa de cambios físicos y psicológicos, desde que nace va creciendo por un proceso de interacción, para ello es importante que consideremos las experiencias tempranas desde el ámbito familiar, en la escuela y con sus pares. Nuestra vida gira en torno a nuestras experiencias tempranas, y estas experiencias nos producen aprendizajes, que lo incorporamos y posteriormente lo exteriorizamos a través de nuestras conductas. Si estos eventos o aprendizajes son negativos o disfuncionales, generan en muchos adolescentes ansiedad o miedo, conllevando en ocasiones a conductas de evitación, de igual manera, manifestándose en síntomas fisiológicos como emocionales, los cuales les imposibilita interactuar con los compañeros del aula, evitando situaciones, personas o lugares.

De esta manera, el presente trabajo académico está dirigido a un adolescente de 16 años, el cual es diagnosticado con ansiedad social. Para ello, se llevó a cabo una evaluación minuciosa y procedimientos cognitivos conductuales.

En el capítulo I, se describirá de manera general el problema, los objetivos, la justificación y los impactos esperados del presente trabajo académico. De igual manera, se mostrará un detallado marco teórico basado en estudios anteriores tanto nacionales como internacionales.

En el capítulo II, presento mi modelo de solución del problema en base a un diseño ABA generando un conjunto de técnicas para el cambio de las conductas, así mismo se redacta el informe de los instrumentos aplicados para juntarlo en el informe

psicológico integrado, de igual manera, el programa de tratamiento conformado por el repertorio de entrada, los objetivos específicos con su respectivo procedimiento.

En el capítulo III, se muestran los resultados a través de la representación gráfica de la línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento.

En el capítulo IV, presento las conclusiones detallando las técnicas y el logro de los objetivos específicos, del trabajo realizado con el adolescente.

En el capítulo V, se brindan las recomendaciones que van en relación para contribuir con la mejora del adolescente quien presenta ansiedad social.

1.1 Descripción del problema

- **Datos de Filiación**

Nombres y Apellidos	: Ayalen J.J.P.G
Edad	: 16 años
Lugar y fecha de nac.	: Lima, 25 de octubre 2003
Grado de instrucción	: 4to de secundaria
Derivado por	: Dra. Medicina del Servicio de Medicina del adolescente
Dirección	: Avenida Pastor Sevilla Comas
Teléfono	: 980763435
Persona responsable	: Sra. Jessica Halley Guabloche
Parentesco	: Madre del menor
Fecha de entrevista	: 12 de agosto del 2019
Lugar de entrevista	: Servicio de Psicología 2 Medicina del Adolescente INSN
Terapeuta	: Magdalena Mirtha Miranda Salinas

- **Observaciones**

Paciente asiste a consulta en compañía de figura materna.

Se muestra fastidiado por la presencia del hermano menor (3 años).

- **Estructura Familiar**

A continuación, se podrá observar los integrantes de la familia en la Figura N°1.

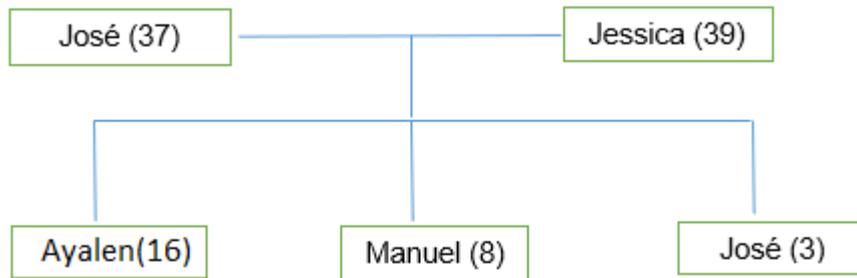


Figura 1. Estructura Familiar

Fuente: Elaboración Propia

– Descripción del Examinado

Es un joven de tez trigueña, contextura delgada, estatura aproximadamente de 1.55 cm. Su cabello de color negro y ensortijado, sus ojos son de color marrón oscuro. Presentando un adecuado arreglo y aseo personal. Se encuentra lucido, orientado en persona, tiempo y espacio, responde a las preguntas de manera breve, con lenguaje claro y sencillo, tono bajo y pausado. Conforme avanzan las entrevistas se muestra colaborador. Llega puntualmente a las citas programadas

- **Motivo de Consulta**

El paciente refiere, *“la doctora de Medicina me dijo que me ve muy ansioso, creo que se me hace muy difícil hablar con las personas, aún más, cuando estoy en grupo o cuando me toca exponer en clase”*. La madre manifiesta: *“le cuesta hablar con las personas, siempre piensa que los demás se burlarán de él, sus manos sudan y se molesta con facilidad”*

- **Problema Actual**

– Presentación actual del problema

Adolescente de 16 años, cuando llega al aula y se dirige a su carpeta, teniendo que acercarse a un grupo de compañeros comienza a experimentar ansiedad (9/10), miedo (9/10) y cólera (9/10), acompañado de tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho, debido a que piensa “me van a hablar y voy a tartamudear”, “no sabré qué decirles”, “se burlarán de mi” optando por retirarse del aula dirigiéndose al baño, observando que cuando comienza a caminar y alejarse, dichos síntomas van desapareciendo, experimentando tranquilidad al disminuir su nivel de ansiedad, miedo y cólera, desaparecen la tensión muscular, la sudoración y la opresión en el pecho. Esta condición se da toda vez que el adolescente llega temprano y observa a sus compañeros del salón conversando, aproximadamente cuatro veces por semana.

En otra ocasión, había sido designado por la profesora del aula para exponer un tema en clases. Faltando 10 minutos para que inicie la exposición, comenzó a experimentar ansiedad (9/10), y miedo (9/10), a la vez que pensaba “nuevamente me va a doler el pecho, me faltara el aire y sudaré demasiado”, “nadie me ayudará”, “mis amigos se burlaran”, “no puedo hacerlo”, experimentando tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho, optando por decirle a su tutora lo que estaba sucediendo y pedirle que sea ella quien exponga su tema. La tutora acepta hacerlo y él se queda más tranquilo sintiendo que su ansiedad y miedo disminuyen. Estos pensamientos anticipatorios se presentan cada vez que le toca exponer delante de los compañeros cada dos semanas en los diferentes cursos.

En otra ocasión, cuando está en la sala de su casa, recibe la visita de sus familiares en los cuales también se encuentran sus primos, piensa “mis tíos me preguntaran y no sabré que decirles”, “me van a comparar con mis primos”, “me

criticaran por no responderles y quedarme callado”, “si no me voy, me va a doler el pecho”, “me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”, experimentando ansiedad (9/10) y miedo (9/10), acompañado de tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho. Cuando se retira de su sala rumbo a su cuarto, dichos síntomas van desapareciendo, experimentando tranquilidad al disminuir su nivel de ansiedad y miedo, desaparecen la tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho. Esta conducta se da toda vez que sus familiares visitan al adolescente aproximadamente dos veces al mes.

En otra ocasión cuando se encuentra en su sala con sus hermanos menores y ambos padres, piensa “ahora me van a echar la culpa porque no participo en sus conversaciones”, “siempre me critican porque no hablo”, “porque me quedo callado”, “como siempre no me tomaran en cuenta”, “me va a doler el pecho, me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”, acompañado de tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho, experimentando ansiedad (9/10) y miedo (9/10). Cuando se retira de su sala, dichos síntomas van desapareciendo cuando está más cerca de su cuarto, experimentando tranquilidad al disminuir su nivel de ansiedad y miedo, desaparecen la tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho. Esta conducta se da, toda vez que los padres y hermanos se encuentran en la sala aproximadamente 2 veces por semana.

Cuando los amigos del salón lo llaman por teléfono piensa “si contesto no sé qué decirles, voy a tartamudear, se burlarán de mí”, “me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”, experimentando ansiedad (10/10) y miedo (10/10), acompañado de tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho. Inmediatamente le pide a su mama que responda por él, dichos síntomas van

desapareciendo, experimentando tranquilidad al disminuir su nivel de ansiedad y miedo, desaparecen la tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho. Esta conducta se da cada vez que sus amigos lo llaman por teléfono, aproximadamente dos veces por semana.

– Desarrollo cronológico del problema

A la edad de 6 años vinieron unos tíos paternos de la sierra para vivir temporalmente en su casa y expresa que siempre le decían: “otros niños son más sabidos que tú, te paras en una esquina ni te mueves”, el adolescente pensaba: “mis tíos me critican”, “me comparan con sus hijos”, “se ríen de mí”, el adolescente refiere: me sentía triste, a la vez me sonrojaba y me empezaba a doler mi pecho.

A partir de ahí, recuerda que, cada vez que venían sus familiares a visitar, se retiraba a su cuarto, o a veces se quedaba presionado por la mirada de sus padres, en esos momentos no decía nada, solo se quedaba callado, con cólera y empezaba a sudar demasiado.

Al respecto el evalúa: *“desde pequeño he sido tímido, yo era diferente a otros niños, ellos eran más sueltos, alegres, inquietos, así como a mi mamá le gustaría que sea”*. El adolescente recuerda que desde pequeño en su casa se daban frecuentes discusiones entre sus padres, quienes se insultaban delante de él. Al respecto refiere: “me empezaba a doler el pecho, me ponía muy triste y me daba miedo, pensando que quizás me griten por quedarme callado. La madre refiere: “desde que empezó a asistir a inicial le ha sido muy difícil adaptarse, lloraba mucho, no quería quedarse con los niños”. Recuerda la madre, mi hijo era callado, tenía miedo a que los niños no lo dejen jugar o se burlen, porque en ocasiones no

quería hablar, por eso le decían “mudo”. La profesora le informó que cuando preguntaba en clase no respondía, era muy callado y tímido.

A la edad de 7 años, el adolescente recuerda, que cuando salían al recreo, quería jugar, sin embargo, sus amigos no lo dejaban, lo empujaban, se burlaban y le decían: “tonto”, “mudo”. Desde ahí, pensaba “siempre se burlan de mí”.

A la edad de 8 años cursando 3ro de primaria, cuando estaban realizando un trabajo práctico, cada niño tenía que decir que fruta les gusta, se equivocó en nombrar la fruta, en ese momento sus amigos se burlaron, y le decían: “tonto”, “mudo”, “no sabes nada” desde ese momento tuvo miedo a hablar o equivocarse delante de sus amigos, prefiriendo no hablar e irse. Al respecto el adolescente evalúa y refiere,” desde primaria se me hacía difícil estar en grupo, las palabras se me complicaban y en ocasiones tartamudeaba, tenía mucho miedo y cólera de que se burlen como lo hacían mis tíos, ellos: “se reían de mí”, “me comparaban con sus hijos” y mis padres en ocasiones me decían: “me haces quedar mal”, por eso prefería alejarme de ellos.

En ese mismo año, nace su hermano, los padres continuaban con discusiones verbales, delante de él y su hermano. Al respecto refiere: “es mi culpa”, “siempre me quedo callado”, “por eso mis amigos se burlan de mí”. Por lo general, cuando llegaba su papá del trabajo le gritaba diciéndole: “has jugar a tu hermanito, por tu culpa siempre llora”, “eres un tonto”, “porque te quedas callado”. Por eso en el colegio no participaba, prefería estar solo, “tenía miedo y colera a que mis amigos se burlen de mí”. En ocasiones la figura paterna le pegaba cuando el hermano lloraba o se caía, originando nuevamente las discusiones entre

los padres. “soy culpable de lo que pasa”, “siempre me quedo callado”, tenía mucho miedo y cólera.

A la edad de 12 años, nace su otro hermano, los padres continuaban con sus discusiones, esta vez ya era la figura materna, quien dejaba a cargo al adolescente a sus hermanos menores, muchas veces incómodo y molesto, pero se quedaba callado y no decía nada, por el temor a los gritos y castigos o que esto genere más discusiones entre los padres. Al respecto evalúa: “soy un tonto”, “mejor me quedo callado”, “me gritarán”

- **Historia Personal**

- Desarrollo Inicial

Embarazo planificado y deseado por ambos padres, sin embargo, el estado emocional de la madre era variable por las discusiones que tenía con el esposo quien tomaba demasiado. Parto normal, sin complicaciones. Desarrollo psicomotor y control de esfínteres dentro de lo esperado. No presenta ningún tipo de enfermedades, ni accidentes.

- Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia

Desde pequeño tenía miedo a quedarse con otras personas, a veces no hablaba, y en ocasiones tartamudeaba.

- Actitudes de la familia frente al niño

El adolescente refiere: “casi siempre mis padres se molestaban cuando no hablaba o no jugaba con otros niños de mi edad, más aún cuando la profesora le

decía que no exponía y por eso bajaban mis notas, ellos discuten mucho y me obligaban a hablar, por eso a veces tartamudeaba y sudaba mucho”.

Ahora me gritan más y en ocasiones me pegan, sobre todo cuando les pasa algo a mis hermanos, me quedo callado porque tengo miedo.

– Educación

Desde que inicia el nivel inicial presentaba dificultades para adaptarse, lloraba y no quería quedarse en el nido.

En el nivel primaria, le cuesta relacionarse con sus amigos y no logra exponer, siente mucho miedo y empieza a tartamudear cuando le exigen hablar.

En secundaria prefiere no estar en grupo, solo tiene dos amigos con los cuales se lleva bien, busca demasiado a la tutora, quien siempre lo ayuda para las exposiciones. Lo cual se podrá apreciar en la Tabla N°1.

Tabla 1

Datos sobre su educación

Fuente: Elaboración Propia

- **Historia Familiar**

A continuación, se apreciará los datos familiares de los miembros de la familia en la Tabla N°2.

Tabla 2

Datos familiares

F				
Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Ocupación
Padre	José Puyen	37	5to secundaria	Mecánico
Madre	Jessica Guabloche	39	Superior	Ama de casa
Hermano 1	Manuel Puyen	8	3ro Primaria	Estudiante
Hermano 2	José Puyen	3	Sin escolaridad	Ninguna

r a c i ó n P r o p i a	Si		No	Adapta ción	Apren dizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
	Inicial	X		X					X
Primaria	X		X					X	
Secundaria			X					X	

opia

– Relaciones Familiares

La relación entre el adolescente y la figura paterna, está en función de dos tiempos. De niño, hasta los doce años, el evaluado refiere, “no éramos muy unidos, porque mi padre trabajaba todo el día y siempre me pegaba por mis hermanos”. De igual manera la figura materna señala que el padre se descuidó tanto en la crianza y afectivamente, ya que el trabajo lo mantenía ocupado y fuera de casa.

Actualmente, desde los 13 años en que es más alto que su padre, afirma el evaluado que, “no hay buena relación, cada vez que discute con mi mamá o mis hermanos se portan mal, me grita mucho, pero ya no me pega”.

La relación entre el adolescente y la figura materna, actualmente es buena, conversamos mucho, me acompaña a todo sitio para sentirme seguro, no me gusta cuando discute con mi papá.

Con mi hermano el segundo, me llevo bien, es inquieto y muy hablador, me da pena, mi papá le pega mucho y muchas veces me pongo en medio para que no le pegue.

Con mi hermanito pequeño, no me llevo bien, es inquieto, cada vez que se cae o quiere algo, me echan la culpa a mí, mis padres tienen mucha preferencia por él.

Antecedentes Familiares: Figura paterna consumo de licor con familiares, por lo general los domingos.

Tabla 3

Análisis funcional

Ed	R	Er
<ul style="list-style-type: none"> • Acercarse a lugares donde hay compañeros del salón • Cognitivo: “se burlarán de mi”, “nuevamente me va a doler el pecho, me faltara el aire y sudare demasiado” • Emocional: Ansiedad (9/10), miedo (9/10) y cólera (9/10). • Fisiológico: Tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita y escapa retirándose al baño 	<p>Interno:</p> <p>Disminución del nivel de ansiedad y miedo.</p> <p>Desaparición de las respuestas fisiológicas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que se encuentra en el aula a la espera para exponer en clases delante de sus compañeros • Cognitivo: “nuevamente me va a doler el pecho, me faltara el aire y sudare demasiado y mis amigos se burlarán” • Emocional: Ansiedad (9/10), miedo (9/10) y cólera (9/10). • Fisiológico: Tensión muscular, opresión en el pecho, sudoración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le dice a la tutora que exponga por él. 	<p>Externo:</p> <p>Aceptación de la tutora.</p> <p>Interno:</p> <p>Disminución del nivel de ansiedad, miedo y cólera.</p> <p>Desaparición de las respuestas fisiológicas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que recibe la visita de sus familiares en su casa. • Emocional: Ansiedad (9/10) y miedo (9/10). • Fisiológico: Tensión muscular, opresión en el pecho, sudoración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motor: Evitación y escapa a su cuarto. • Cognitivo: “mis tíos me preguntaran y no sabré que decirles”, “me van a comparar con mis primos”, “me criticaran por no responderles y quedarme callado”, “si no me voy, me va a doler el pecho”, “me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”. 	<p>Externo: Encerrarse en su cuarto.</p> <p>Interno: Disminución del nivel de ansiedad, miedo y cólera. Confirmación de su pensamiento (no me va a doler el pecho, no me faltara el aire, no sudare demasiado). Desaparición de las respuestas fisiológicas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se encuentra en casa con ambos padres y hermanos, los padres le gritan. • Emocional: Ansiedad (9/10) y cólera (9/10). • Fisiológico: Tensión muscular, opresión en el pecho, sudoración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Motor: Evitación y escape • Cognitivo: ahora me van a echar la culpa porque no participo en sus conversaciones”, “siempre me critican porque no hablo”, “porque me quedo callado”, “como siempre no me tomaran en cuenta”, “me va a doler el pecho, me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”, 	<p>Externo: Encerrarse en su cuarto.</p> <p>Interno: Disminución del nivel de ansiedad y cólera. Confirmación de su pensamiento (no me va a doler el pecho, no me faltara el aire, no sudare demasiado y no soy culpable de lo que hacen mis hermanos) Desaparición de las respuestas fisiológicas</p>

-
- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que lo llaman por teléfono los compañeros de clases. • Emocional: Ansiedad (10/10) y miedo (10/10). • Fisiológico: Tensión muscular, opresión en el pecho, sudoración. | <ul style="list-style-type: none"> • Motor: Pedirle la mama que responda por el • Cognitivo: “si contesto no sé qué decirles, voy a tartamudear, se burlarán de mí”, “me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”, | <p>Externo:
Aceptación de la mama.</p> <p>Interno:
Disminución del nivel de ansiedad y miedo.
Confirmación de su pensamiento (no me va a doler el pecho, no me faltara el aire, no sudare demasiado y mis amigos no se burlarán de mi).
Desaparición de las respuestas fisiológicas.</p> |
|---|---|--|
-

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 4

Análisis cognitivo

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> • Acercarse a lugares donde hay compañeros del salón. 	<p><i>“Se burlarán de mi”, “nuevamente me va a doler el pecho, me faltará el aire y sudar demasiado”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (9/10) • Miedo (9/10) • Dirigirse al baño
<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que se encuentra en el aula a la espera para exponer en clases delante de sus compañeros 	<p><i>“nuevamente me va a doler el pecho, me faltara el aire y sudare demasiado”, “nadie me ayudara”, “mis amigos se burlarán”, “no puedo hacerlo”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (9/10) • Miedo (9/10) • Llamar a la tutora y pedirle que ella exponga su tema.
<ul style="list-style-type: none"> • Cada vez que recibe la visita de sus familiares en su casa. 	<p><i>“Mis tíos me preguntaran y no sabré que decirles”, “me van a comparar con mis primos”, “me criticaran por no responderles y quedarme callado”, “si no me voy, me va a doler el pecho”, “me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (9/10) • Miedo (9/10) • Retirarme de la sala. • Encerrarme en mi cuarto
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se encuentra en casa con ambos padres y hermanos, los padres le gritan. 	<p><i>“Si me quedo en la sala ahora me van a echar la culpa porque no participo en sus conversaciones”,</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (9/10) • Cólera (9/10) • Retirarme de la sala. • Encerrarme en mi

“siempre me critican porque no hablo”, “porque me quedo callado”, “como siempre no me tomaran en cuenta”, “me va a doler el pecho, me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”.

- Cada vez que lo llaman por teléfono los compañeros de clases *“Si contesto no sé qué decirles, voy a tartamudear, se burlarán de mí”, “me faltara el aire y empezare a sudar demasiado”.*
- Ansiedad (9/10)
- Miedo (9/10)
- Cólera (9/10)
- Pedirle a la mama que responda por el

Fuente: Elaboración Propia

Tabla 5

Diagnóstico funcional

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> • Alejarse de lugares donde se encuentren los compañeros del salón • Llamar a la tutora y pedirle que exponga su tema. • Cada vez que lo visitan los familiares, se retira de su sala y se encierra en su cuarto. • Cuando lo llaman por teléfono, pedirle a la mamá que responda por él • Ansiedad (9/10) , cólera (9/10) y miedo (9/10) • Tensión muscular, sudoración y opresión en el pecho • Pensamiento “nuevamente no sabré que decirles, no puedo hablar, tartamudeare, me va a doler el pecho, me faltara el aire y sudare demasiado” • Pensamiento nuevamente me dolerá mi pecho, me faltara el aire sudare demasiado, siempre me quedo callado, mis compañeros se burlarán de mí, no puedo exponer” 		

Fuente: Elaboración Propia

1.2 Antecedentes

- **Estudios Nacionales e Internacionales**

- Estudios internacionales

Rodríguez y López (2001) desarrollaron una terapia que abarca 12 sesiones de tratamiento grupal, de 1 hora y media de duración y con frecuencia de una vez por semana. Para la evaluación inicial emplearon instrumentos psicométricos como los inventarios de Ansiedad y Fobia Social y la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes. Los participantes fueron 11 individuos con diagnóstico de fobia social generalizada. Para la intervención procedieron a un entrenamiento de las habilidades sociales y a aplicar la estrategia de reestructuración cognitiva. Igualmente, se desarrollaron técnicas de exposición y simulaciones de cómo iniciar y mantener pláticas con otros, y hablar en público. Por último, de acuerdo a los resultados pre y post test, se demostró la eficacia del tratamiento cognitivo conductual en este tipo de casos.

Ortega y Climent (2004) expusieron un estudio de caso en una mujer de 25 años de España, para la cual se diseñó un programa cognitivo conductual de 16 sesiones, utilizando técnicas de exposición, relajación, autoinstrucciones y parada de pensamiento. Los resultados obtenidos mostraron que la ansiedad en la paciente se disminuyó casi en su totalidad, por lo que se concluye la eficacia de este tratamiento.

Pedrerros (2013) desarrolló una intervención conductual para determinar el efecto en la respuesta de ansiedad frente a situaciones sociales en una señorita de 16 años. Empleó el diseño experimental de caso único ABA. Los instrumentos

aplicados para la evaluación fueron autorregistros, la Escala de ansiedad manifiesta en niños de Reynolds y Richmond. Finalmente, de acuerdo a los resultados arrojados, indicó que el efecto de la respuesta emocional de ansiedad decrementó gradualmente, por lo que el paciente evidenció una mejoría considerable en su bienestar.

Arslan (2015) presentó un estudio de caso donde se tuvo como fin el describir el tratamiento de una paciente de 20 años con ansiedad social de Bogotá, Colombia. Se aplicó una intervención desde la terapia cognitivo conductual, llevado a cabo en 5 sesiones de una hora con una periodicidad semanal, las técnicas aplicadas fueron psicoeducación, reestructuración cognitiva y autorregistros. Se concluyó que, si bien el abordaje bajo el modelo cognitivo conductual es eficaz y se encuentra respaldado por la literatura, el número de sesiones en este caso fue insuficiente, por lo que se evidenció poca mejoría de la paciente.

– Estudios a nivel nacional

Jordan (2017) desarrolló una investigación con el objetivo de aplicar una intervención basada en la Terapia Racional Emotiva a una mujer peruana de 26 años con fobia social. La intervención constó de 15 sesiones de 45 minutos donde se aplicaron técnicas cognitivas conductuales, como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, registro de pensamiento, aproximación sucesiva, frases e imágenes racionales emotivas. En los resultados, se evidenció mediante una comparación de pre y post tes que el programa de intervención cognitivo conductual fue eficaz.

Acosta (2018) elaboró un trabajo con el propósito de analizar un caso clínico de una joven de 21 años con diagnóstico de fobia social. La intervención se llevó de acuerdo al modelo cognitivo conductual, en 18 sesiones de 45 minutos y una vez por semana, mediante las siguientes técnicas: reestructuración cognitiva, de relajación, inoculación del estrés, exposición en vivo, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Por último, según los resultados, se pudo concluir la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento y seguimiento de dicho caso.

Requena (2019) presentó un caso psicológico de fobia social en un hombre de 38 años con el fin de aplicar un programa de tratamiento cognitivo conductual. La evaluación y el abordaje fue diseñado bajo el modelo experimental de caso único multicondicional ABA. Para su evaluación se emplearon autorregistros, historia psicológica, así como pruebas psicométricas (Regopina, IPA, test de ansiedad de Zung). En cuanto a las técnicas utilizadas se tuvo la Terapia Racional Emotiva Conductual, detección de pensamiento, exposición en imaginación y en vivo, ejercicios de relajación y desensibilización sistemática. Finalmente, se obtuvieron resultados favorables para el caso, ya que el paciente evidenció una mejoría importante al enfrentarse a situaciones sociales.

La ansiedad es una reacción emocional frente a lo que se percibe como amenazante o peligroso, sea a un estímulo o situación, por lo que dicha emoción desempeña una función adaptativa para nuestra supervivencia (Paz, 2009).

Asimismo, Baños, Quero, Botella, Perpiñá (2003) señalan que la ansiedad social produce una respuesta emocional en tres niveles: el cognoscitivo, fisiológico

y conductual. En el primero de ellos, se presentan pensamientos irracionales y anticipatorios de tipo catastrófico; en el plano autonómico, se da un incremento el ritmo cardiaco, molestias en el sistema digestivo, sudoración, temblores y mareos; por lo que, a nivel conductual, emiten conductas de escape o evitan a toda costa el estímulo fóbico o situación social.

Por otra parte, Miranda (2008) señala que la ansiedad puede llegar a ser desadaptativa e incapacitante para la persona si interfiere negativamente en su día a día. Lo anterior se debería a que tal respuesta se da en exceso y escapa de su propio control, siendo intensa y prolongada, por lo que genera un malestar constante en el sujeto.

Seguidamente, cabe señalar que existen manuales diagnósticos que clasifican diferentes tipos de trastornos por la presencia de una ansiedad disfuncional, exponiéndose en este trabajo académico el caso de un adolescente diagnosticado con ansiedad social.

En cuanto al desarrollo de un programa de intervención para este caso, se tuvo en cuenta lo señalado por Vera y Roldán (2009), quienes sostienen que los tratamientos más empleados y eficaces para la ansiedad social son aquellos que combinan dos grupos de técnicas, tanto cognitivas como conductuales.

– **Ansiedad Social**

La ansiedad social, también llamada fobia social, es conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el CIE 10, de la siguiente forma:

La fobia social es un miedo a ser examinado por otras personas, que conduce a evitar situaciones de encuentro social. Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por ruborización, temblor de manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. Los síntomas pueden progresar a crisis de pánico (1992, p. 111).

Por lo anterior, se deduce que la ansiedad repercute en diferentes planos, tal como Baños, Quero, Botella, Perpiñá (2003) señalan, ya que la ansiedad social produce una respuesta emocional en tres niveles: el cognoscitivo, fisiológico y conductual.

En el primero de ellos, se presentan pensamientos irracionales y anticipatorios de tipo catastrófico; en el plano autonómico, se da un incremento el ritmo cardíaco, molestias en el sistema digestivo, sudoración, temblores y mareos; por lo que, a nivel conductual, emiten conductas de escape o evitan a toda costa el estímulo fóbico o situación social.

– Criterios diagnósticos de la ansiedad social

La American Psychiatric Association (APA) (2014), en el DSM-V, describe los criterios a cumplir que para realizar el diagnóstico de ansiedad social:

1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una

conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

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

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

3. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

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

4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
8. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

9. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
10. Si existe otra afección médica (p.ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

– Ansiedad social en adolescentes

La OMS (2003) sostiene que la etapa de inicio de la ansiedad social es en la adolescencia, observándose una incidencia constante tanto en hombres como en mujeres.

Por otro lado, Caballo, Salazar, García, Irurtia y Arias (2011) clasifican en seis grupos las fobias sociales más comunes en la adolescencia, las cuales se describen a continuación:

- Interactuar con el sexo opuesto, involucrando el tener complicaciones para relacionarse con personas de género diferente al suyo, implicando un temor a ser evaluado por la otra persona.
- Quedar en ridículo o evidencia, debido a su activación fisiológica (sudoración, temblores y mareos) y/o el miedo a que pueda salir algo mal en un escenario con personas observando.
- Interacción con desconocidos, implica una deficiencia en su repertorio de habilidades sociales, siendo las más frecuentes el iniciar o mantener una plática, solicitar ayuda y/o dar un cumplido.

- Hablar en público e interactuar con superiores, engloba un gran miedo e inhibición al expresarse frente a un grupo, en especial, si en él se hallan personas a las cuales considera superiores o como figuras de autoridad.
 - Expresar de forma asertiva la molestia, enfado o disgusto, donde se muestra un arrepentimiento al emitir una conducta de escape y se percibe la ansiedad como un problema de nunca acabar.
 - Actuar en público, consiste en miedo desmesurado de cómo debe comportarse frente a un grupo de gente, debido a cogniciones disfuncionales sobre su capacidad de desenvolvimiento.
- Terapia cognitivo conductual

El enfoque bajo el cual se ha diseñado el programa de intervención a aplicar en el presente estudio de caso es el cognitivo conductual, respecto a este modelo, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan:

El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también se dirige a modificar los procesos cognitivos que están a base del comportamiento (p. 83).

De acuerdo con Vera y Roldán (2009) los tratamientos más comúnmente empleados y eficaces para la ansiedad social son aquellos que combinan técnicas tanto cognitivo como conductuales, ya que proceden las terapias cognitivas (cuestionamiento y sustitución de pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos), y del condicionamiento tradicional, operante y observacional.

– Técnicas cognitivas conductuales

➤ Psicoeducación

Esta técnica consiste en brindar una explicación al paciente acerca de lo que le aqueja, en este caso se tocarían puntos de lo que es ansiedad y el cómo se produce (pensamiento, emoción y conducta), asimismo, se instruiría sobre el modelo de intervención a trabajar en la psicoterapia. La psicoeducación es fundamental para el incremento de la adherencia del paciente al tratamiento, constituyéndose como un factor decisivo para lograr los objetivos terapéuticos propuestos (Camacho, 2003; Clark y Beck, 2012).

➤ Reforzamiento positivo

Es una técnica operante para el desarrollo, aumento y mantenimiento de una conducta. Este es un procedimiento que implica presentar un reforzador positivo inmediatamente después de emitirse una conducta que se desea desarrollar o incrementar su frecuencia, para que así sea más probable que se repita (Bados, 2011).

➤ Moldeamiento por aproximaciones sucesivas

Bados, en el año 2011, plantea que esta técnica tiene como fin el establecimiento de una conducta final, la cual es una que con la que la persona no cuenta o no emite con la frecuencia esperada. Aquí se da un reforzamiento diferencial de conductas que sean, gradualmente, más similares a la conducta objetivo a establecer (Bados, 2011).

➤ Juego de roles

Los juegos de roles son una técnica que tiene como objetivo servir de intermediaria; es decir, pretende hacer una representación de la realidad de manera lúdica, donde los participantes van a actuar desempeñando un rol protagónico o solo un papel en la actuación. (Peñarrieta y Faysse,2006)

Franco (como se citó en Antonio, 2018) considera a esta técnica como un juego simbólico y con argumentos, donde mediante el juego los participantes asumen roles o papel de protagonistas ante las asignaciones de funciones.

➤ **Imaginería**

La técnica de imaginería representa una entrada de tipo virtual o imaginaria de las situaciones conflictivas que presenta el paciente. Además, facilita el poder llevar a cabo intervenciones prácticas, enfocadas tanto en la necesidad como en la problemática que manifiesta el paciente. (Vanegas, Castillo y Dzib, 2013).

Según Espinoza, Ringler y Winkler (como se citó en Cerda, 2016) define a la imaginería como una serie de imágenes mentales que, probablemente, tienen una secuencia en común.

➤ **Exposición en vivo**

Aquí se le expone al paciente a diversas situaciones que al paciente le generen temor o evita, el propósito de esta técnica es que la persona logre permanecer en contacto directo con el objeto o situación hasta que la ansiedad que le produce disminuya de forma considerable. La exposición en vivo ha resultado muy útil para contrarrestar las conductas de escape (Camilli y Rodríguez, 2008).

1.3 Objetivos

- **Objetivo General**

Al finalizar el programa el adolescente será capaz de exponer y responder adecuadamente ante situaciones sociales con una performance del 70% en 10 ensayos consecutivos

- **Objetivos Específicos**

- a) Acercarse e interactuar con los compañeros del salón.
- b) Exponer su tema frente a sus compañeros de aula.
- c) Expresar verbalmente explicando una situación a sus padres.
- d) Saludar y/o conversar brevemente con la visita que llega a su casa.
- e) Responder las llamadas telefónicas de sus compañeros de aula.

1.4 Justificación del estudio

La adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicológicos, los cuales se encuentran en relación directa con la interacción en el área familiar, educativa, social y en muchas ocasiones al encuentro y aceptación de ellos mismos. Ante los cuales presentan inseguridades, buscando pertenecer a un grupo y ser aceptado por ellos, sin embargo, cuando en etapas tempranas surgen experiencias que le generan temores y miedos, no siendo estos manejados adecuadamente, que lo inmovilizan o le conllevan a realizar conductas de evitación.

Por ello, es importante la aplicación de este programa mediante las técnicas de moldeamiento por aproximaciones sucesivas y juego de roles, para la ansiedad social en los adolescentes pertenecientes al servicio de medicina del adolescente, mediante este trabajo académico permitirá aportar nuevos conocimientos que mostrarán los efectos de la aplicación de las técnicas, para la ansiedad social.

1.5 Impactos esperados en el trabajo académico

A través de este presente trabajo académico, se pretende brindar herramientas tanto a los adolescentes, a los padres de familia, así como formular recomendaciones y alternativas para lograr los cambios esperados, a través de las técnicas aplicadas.

Se modificará la conducta del adolescente, de los miembros de la familia, a través de ello, el adolescente tendrá la posibilidad de acercarse a lugares donde se encuentren un grupo de compañeros, a exponer en clase, a mantener una conversación con sus padres, a responder las llamadas telefónicas de sus compañeros y a permanecer en su sala cuando los familiares lo visitan.

Con respecto a la comunidad psicológica e interesados se beneficiarán, debido a que servirá como evidencia de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales para la ansiedad social en adolescentes.

II. METODOLOGIA

La presente investigación académica es de Tipo de Investigación experimental Aplicada (Kerlinger, 1975), diseño de caso único (Hernández, Fernández y Baptista, 2015)

- **Informe de los Instrumentos Aplicados**

Para la investigación se aplicó la escala de ansiedad social de Liebowitz, la cual nos permite obtener indicadores de ansiedad y conductas de evitación realizadas por el adolescente, como a continuación se detalla en el informe psicológico.

Informe psicológico de la escala de ansiedad social

- Datos de Filiación

Apellidos y Nombres : Ayalen

- Motivo de Evaluación

Evaluar la ansiedad social del adolescente

- Técnicas e instrumentos aplicados

Entrevista Psicológica

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz.

- Resultados

A continuación, se presentará los resultados obtenido del informe psicológico que se muestra en la Tabla N°6.

Tabla 6

Resultados de la escala de Ansiedad Social de Liebowitz

Situaciones	Resultados	Diagnostico
Sociales		
Miedo/Ansiedad	64	Moderada Ansiedad Social
Evitación	68	Moderada Ansiedad Social

Fuente: Elaboración Propia

– Conclusiones

Presenta un nivel moderado miedo/ansiedad frente a personas y situaciones.

Evita personas o situaciones que generan ansiedad o miedo.

– Recomendaciones

Se recomienda: La técnica de moldeamiento por aproximaciones sucesivas y juego de roles para la ansiedad social.

Magdalena Miranda Salinas

C. Ps. P 12539

- **Intervención psicológica**

Repertorio de entrada

Es el primer registro de conducta, denominado línea base, es el resultado de la evaluación de la conducta del examinado en términos de frecuencia, previas a la aplicación de las técnicas, se elabora un listado de conductas que se apreciará en la Tabla N°7 como a su vez se señalará en la Figura N°2.

Tabla 7

Registro de frecuencia de las conductas motoras – Línea base A

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a) Alejarse de los lugares donde están los compañeros del salón.	1		1		1		1	4
b) Llamar a la tutora y pedirle que exponga su tema por él.	1				1			2
c) Encerrarse en su cuarto cuando los padres le llaman la atención porque no se expresa verbalmente explicando una situación.	1		1	1		1	1	5
d) Retirarse de su sala y encerrarse en su cuarto cuando viene visita a su casa.						1	1	2
e) Pedirle a la mamá que responda el teléfono, por él cuando lo llaman compañeros de aula.	2		2		2	1		7

Fuente: Elaboración Propia

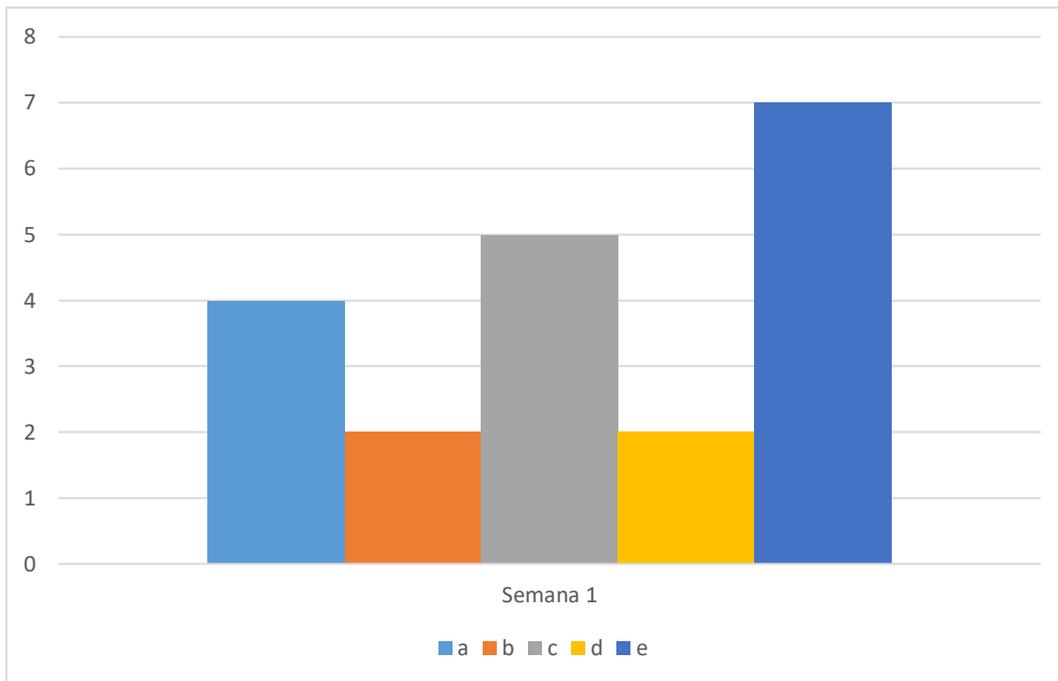


Figura 2. Registro de frecuencia de las conductas motoras

Línea base A

Fuente: Elaboración Propia

– Procedimiento

Para el objetivo terapéutico a) Acercarse e interactuar con los compañeros del salón, se seguirán los siguientes pasos:

Paso 1: En el consultorio se explica al adolescente los tipos de saludos, como: dar la mano, realizar apretón de manos, gestos, sonrisas, besos en la cara, abrazos, palabras como: ¡hola!, ¡qué tal!, ¿cómo estás? (Técnica psicoeducación)

Paso 2: Se le dice al adolescente que recuerde el saludo practicado y que se imagine que está ingresando al aula y saluda a los que se encuentren en el

salón de clases con un hola que tal. Se repite la imagería hasta que lo imagine, que realiza adecuadamente (Técnica Imaginación)

Paso 3: Posteriormente el terapeuta representa al adolescente, y este al compañero de clase, generando una situación ficticia donde ingresa al aula y enfrenta la situación con un saludo con voz firme, mirada a los ojos y postura erguida (Técnica juego de roles y modelamiento).

Paso 4: El adolescente asume su rol y el terapeuta el del compañero del aula. En esta situación ficticia, se acerca y saluda con voz firme, mirada a los ojos y postura erguida (Técnica imitación de la conducta)

Paso 5: Además del saludo el terapeuta, asumiendo el rol del paciente, inicia la conversación y la sostiene por varios minutos, frente al adolescente quien representa a los compañeros del aula.

Paso 6: El adolescente, imita al terapeuta, iniciando la conversación con él, quien representa a sus compañeros de aula, acerca de un tema específico por 1 minuto.

- En otro ensayo se acerca e inicia una conversación por 2 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 4 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 6 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 10 minutos.

Cada vez que el adolescente alcanza un objetivo el terapeuta lo refuerza positivamente con palabras, tales como: ¡muy bien!, ¡lo lograste!, (Técnica Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, reforzamiento positivo).

Paso 7: Las conductas del paso anterior ejecutarlos en vivo (Técnica exposición en vivo).}

Para el objetivo terapéutico b) Exponer su tema frente a sus compañeros de aula.

Paso 1: Se le explica al adolescente que las conductas de evitación o pedirle a alguien que realice algo por él, solo le conlleva a no afrontar la situación y que esta a su vez le genera mayor angustia, quizás al inicio tranquilidad, pero evita llevar a cabo la conducta de exponer y no contar con estrategias para afrontar la situación. Toda conducta que se mantiene por reforzamiento negativo, para el futuro es más difícil afrontar, porque incrementa y/o mantiene la evitación y el miedo (Técnica psicoeducación)

Paso 2: Se le pide al adolescente que identifique las consecuencias de las conductas de evitación, las cuales se mantienen por el alivio que experimenta cada vez que evita (Técnica reforzador negativo)

Paso 3: El terapeuta le enseña donde se va a parar, su postura, donde colocara sus manos, como se tiene que movilizar en el salón, como será el contacto visual (mirar a todos), el tono de voz firme, claro y alto, el terapeuta le modela y el adolescente lo imita, una vez realizado, el terapeuta le indica al adolescente que tiene que realizar las conductas del terapeuta y el

terapeuta asumirá las conductas del adolescente (técnica modelado y juego de roles).

Paso 4: El terapeuta genera una situación ficticia a través de la imaginación donde está a minutos de exponer y enfrenta la situación. (Técnica imaginación).

Paso 5: En el consultorio el terapeuta invita al consultorio a otras personas (6 adolescentes) ante lo cual el adolescente enfrenta la situación de exponer frente a los invitados en el consultorio. Cuando el adolescente lo realiza es reforzado por todos los asistentes con aplausos y un abrazo por el terapeuta (Técnica exposición en vivo y reforzamiento).

Paso 6: Se coordina con la tutora del aula, para que el adolescente realice la exposición frente a los compañeros de aula, en el salón de clases el adolescente enfrenta la situación y es aplaudido por los compañeros de aula y recibe el abrazo de la tutora (Técnica exposición en vivo y reforzamiento).

Para el objetivo terapéutico c) Expresar verbalmente explicando una situación a sus padres.

Paso 1: En el consultorio se explica al adolescente la importancia de la comunicación verbal, que a través de ella puede transmitir sus ideas o informar lo que piensa y siente, en palabras claras, sencillas, haciendo énfasis en los tipos de estilos de comunicación entre ellos tenemos pasivo, agresivo y asertivo, en las cuales identificara cuál de ellos está utilizando (Técnica psicoeducación)

Paso 2: Se le pide al adolescente que identifique las consecuencias de las conductas de evitación, (Técnica identificación de consecuencias), las cuales se mantienen por el alivio que experimenta cada vez que se retira a su cuarto, sin expresar en palabras claras y sencillas lo que siente y piensa en ese momento, se le pedirá que las grafique y escriba en una hoja (Técnica reforzador negativo).

Paso 3: El terapeuta le enseña en qué lugar de la sala debe permanecer o qué lugar es su preferido para el adolescente, una vez establecido el lugar, se le dice que deberá permanecer sentado por un minuto, mientras imagine una situación agradable. (Técnica modelamiento, imaginación)

Paso 4: Se le dice al adolescente que recuerde el lugar donde debe permanecer sentado y que se imagine que se queda ahí y expresa verbalmente una situación a sus padres. Se repite la imaginación hasta que lo imagine, que realiza adecuadamente (Técnica Imaginación).

Paso 5: El terapeuta le enseña en qué lugar de la sala debe permanecer sentado, mientras expresa verbalmente una situación a sus padres, el terapeuta le modela y el adolescente lo imita, una vez realizado, el terapeuta le indica al adolescente que tiene que realizar las conductas del terapeuta y el terapeuta asumirá las conductas del adolescente (técnica modelado y juego de roles).

Paso 6: El terapeuta genera una situación ficticia donde está expresando verbalmente una situación a sus padres, mientras permanece sentado, le modela la conducta. (Técnica imaginación y modelamiento)

Paso 7: En el consultorio el terapeuta invita a los padres del adolescente, ante lo cual el adolescente enfrenta la situación de expresar verbalmente una situación a los padres, cuando el adolescente lo realiza es reforzado por el terapeuta con un abrazo (Técnica exposición en vivo y reforzamiento).

Paso 8: Se coordina con la figura materna, para que el adolescente en casa, permanezca sentado y exprese verbalmente una situación a los padres, enfrenta la situación y es aplaudido por la madre (Técnica exposición en vivo y reforzamiento).

Para el objetivo terapéutico d) Saludar y/o conversar brevemente con la visita que llega a su casa.

Paso 1: En el consultorio se explica al adolescente los tipos de saludos, como: dar la mano, realizar apretón de manos, gestos, sonrisas, besos en la cara, abrazos, palabras como: ¡hola!, ¡qué tal!, ¿cómo estás?, las cuales practicara en el consultorio y a su vez lo practique en casa cuando este solo. (Técnica psicoeducación).

Paso 2: Se le dice al adolescente que recuerde el saludo practicado y que se imagine que permanece en la sala de su casa, sentado en el lugar específico y saluda a sus familiares que lo visitan en su casa. (Técnica Imaginación)

Paso 3: Posteriormente el terapeuta representa al adolescente, y este al familiar que llega a casa, generando una situación ficticia donde permanece sentado en la sala y enfrenta la situación con un saludo con voz firme,

mirada a los ojos y postura erguida (Técnica juego de roles y modelamiento).

Paso 4: El adolescente asume su rol y el terapeuta el del familiar que lo visita en casa. En esta situación ficticia, permanece en la sala de su casa y saluda con voz firme, mirada a los ojos y postura erguida (Técnica imitación de la conducta)

Paso 5: Además del saludo el terapeuta, asumiendo el rol del paciente, inicia la conversación y la sostiene por varios minutos, frente al adolescente quien representa a los familiares que lo visitan en casa.

Paso 6: El adolescente, imita al terapeuta, iniciando la conversación con él, quien representa a los familiares que lo visitan, acerca de un tema específico por 1 minuto.

- En otro ensayo se acerca e inicia una conversación por 2 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 4 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 6 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 10 minutos.

Cada vez que el adolescente alcanza un objetivo el terapeuta lo refuerza positivamente con palabras, tales como: ¡muy bien!, ¡lo lograste!, (Técnica Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, reforzamiento positivo).

Paso 7: Las conductas del paso anterior ejecutarlos en vivo (Técnica exposición en vivo).

Para el objetivo terapéutico e) Responder las llamadas telefónicas de sus compañeros de aula.

Paso 1: En el consultorio se explica al adolescente las formas de saludar y/o responder las llamadas telefónicas, con tono suave y tranquilo: “Di buenos días”, “buenas tardes”, “buenas noches”, de acuerdo al momento, o simplemente ¡hola! O ¡alo! Seguidamente dirás tu nombre, agradecerás la llamada...posteriormente, en tono suave preguntara ¿en qué puedo ayudarte? Las cuales practicara en el consultorio y a su vez lo practique en casa cuando este solo. (Técnica psicoeducación)

Paso 2: Se le dice al adolescente que recuerde la forma o manera de contestar las llamadas telefónicas practicadas y que se imagine que está en casa y contesta las llamadas de sus compañeros de aula. (Técnica de imaginación)

Paso 3: Posteriormente el terapeuta representa al adolescente, y este al compañero de aula que lo llama a casa por teléfono, generando una situación ficticia donde responde las llamadas telefónicas con un saludo. (Técnica juego de roles y modelamiento).

Paso 4: El adolescente asume su rol y el terapeuta el del compañero que lo llama por teléfono. En esta situación ficticia, responde las llamadas telefónicas de sus compañeros de clases y saluda (Técnica imitación de la conducta)

Paso 5: El adolescente, imita al terapeuta, iniciando la conversación con él, quien representa a los familiares que lo visitan, acerca de un tema específico por 1 minuto.

- En otro ensayo se acerca e inicia una conversación por 2 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 4 minutos.
- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 6 minutos.

- Al siguiente ensayo se acerca e inicia una conversación por 10 minutos.

Cada vez que el adolescente alcanza un objetivo el terapeuta lo refuerza positivamente con palabras, tales como: ¡muy bien!, ¡lo lograste!, (Técnica moldeamiento por aproximaciones sucesivas, reforzamiento positivo).

Paso 6: Las conductas del paso anterior ejecutarlos en vivo (Técnica exposición en vivo).

– **Técnicas terapéuticas**

Conductuales: La técnica de Juego de roles se utiliza cuando el terapeuta hace el papel del adolescente o representa al amigo o compañero de clases.

La técnica de reforzamiento positivo se brinda cada vez que el adolescente alcanza un objetivo el terapeuta lo refuerza positivamente con palabras, tales como: ¡muy bien!, ¡lo lograste!

La técnica de moldeamiento es utilizada por el terapeuta, quien le enseña al adolescente donde se va a parar, su postura, donde colocara sus manos, como se tiene que movilizar en el salón, como será el contacto visual (mirar a todos), el tono de voz firme, claro y alto.

La técnica de Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, es realizada por el adolescente cada vez que afronta una situación por un minuto, después por dos minutos, posteriormente por 3 minutos y así sucesivamente hasta los 5 minutos.

La técnica de exposición en vivo, después de aplicadas otras técnicas, se crea la situación real en la cual enfrenta la situación de exponer, contestar llamadas telefónicas.

Cognitivas: La técnica de psicoeducación es utilizada por el terapeuta, cuando le brinda información al adolescente sobre los tipos de saludos, como se refuerzan las conductas de evitación, así como la importancia de la comunicación verbal.

La técnica de auto instrucciones, es utilizada por el adolescente, en la cual se dice para sí mismo lo logre, yo puedo.

La técnica de imaginación, es utilizada por el adolescente cada vez, que el terapeuta que genera una situación ficticia y el adolescente se imagina en la situación imaginaria, realizando la conducta que se le pide.

III. RESULTADOS

Para la primera conducta de alejarse de los lugares donde están los compañeros del salón, al inicio como se muestra en la línea base se presentaba cuatro veces por semana, posteriormente en la línea de tratamiento después de nueve semanas disminuyó a uno, y en la línea de seguimiento, la cual se midió después de 4 semanas de terminado el tratamiento, se mantuvo en uno.

Para la segunda conducta de llamar a la tutora para que exponga por él, al inicio como se muestra en la línea base se presentaba dos veces por semana, posteriormente en la línea de tratamiento después de nueve semanas disminuyó a cero, y en la línea de seguimiento, la cual se midió después de 4 semanas de terminado el tratamiento se mantuvo en cero.

Para la tercera conducta de encerrarse en su cuarto por no expresar verbalmente una situación a sus padres, al inicio como se muestra en la línea base se presentaba cinco veces por semana, posteriormente en la línea de tratamiento después de nueve semanas disminuyó a uno, y en la línea de seguimiento, la cual se midió después de 4 semanas de terminado el tratamiento se mantuvo en uno.

Para la cuarta conducta de retirarse de su sala y encerrarse en su cuarto cuando vienen visitas a su casa, al inicio como se muestra en la línea base se presentaba dos veces por semana, posteriormente en la línea de tratamiento después de nueve semanas disminuyó a cero, y en la línea de seguimiento, la cual se midió después de 4 semanas de terminado el tratamiento se mantuvo en cero.

Para la quinta conducta de pedirle a la mamá que responda el teléfono por el cuándo lo llaman los compañeros del aula, al inicio como se muestra en la línea

base se presentaba siete veces por semana, posteriormente en la línea de tratamiento después de nueve semanas disminuyó a uno, y en la línea de seguimiento se midió después de 4 semanas de terminado el tratamiento se mantuvo en uno. A continuación, se presentará un avance progresivo que se mostrará en la Figura N°3.

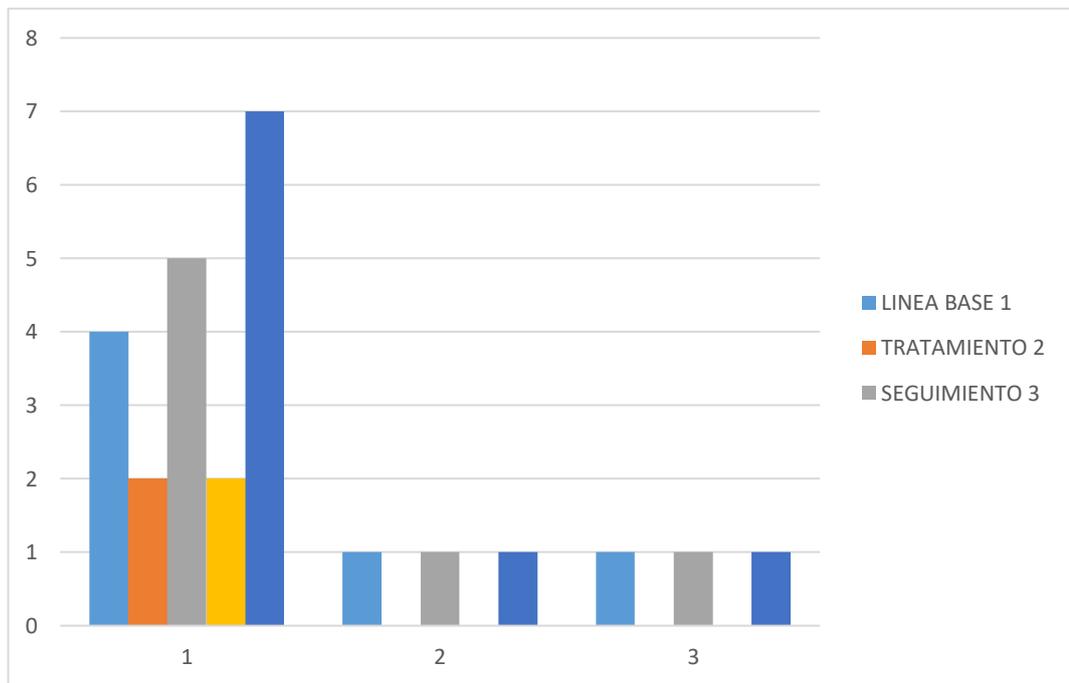


Figura 3. Línea base, línea de tratamiento y línea de seguimiento.

Fuente: Elaboración Propia

IV. CONCLUSIONES

- 1) Aplicando la técnica de moldeamiento por aproximaciones sucesivas y juego de roles se logró que el adolescente se capaz de exponer y responder adecuadamente ante situaciones sociales con una performance del 70% en 10 ensayos consecutivos
- 2) El evaluado ha disminuido significativamente las conductas motoras de evitación antes presentadas
- 3) Aplicando las técnicas de Psicoeducación, imaginación, juego de roles, modelamiento, imitación de la conducta, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, reforzamiento positivo, se logró que el adolescente se acerque e interactúe con los compañeros del salón.
- 4) Aplicando las técnicas Psicoeducación, reforzador negativo, modelado, juego de roles, imaginación, exposición en vivo y reforzamiento el adolescente logra exponer frente a sus compañeros de aula.
- 5) Aplicando las técnicas psicoeducación, reforzador negativo, modelamiento, imaginación, modelado, juego de roles, exposición en vivo y reforzamiento, el adolescente logra explicar verbalmente una situación a sus padres.
- 6) Aplicando las técnicas psicoeducación, imaginación, juego de roles, modelamiento, imitación de la conducta, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, reforzamiento positivo, exposición en vivo, el adolescente logra saludar y/o conversar brevemente con la visita que llega a su casa.
- 7) Aplicando las técnicas psicoeducación, imaginación, juego de roles modelamiento, imitación de la conducta, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, reforzamiento positivo, exposición en vivo), el adolescente logra responder las llamadas telefónicas de los compañeros de aula.

V. RECOMENDACIONES

- 1) Se sugiere aplicar las técnicas de moldeamiento y juego de roles para la ansiedad social de manera preventiva.
- 2) En función de los diferentes indicadores encontrados, se sugiere la intervención de la familia, para lo cual es necesario explicarles el proceso de tratamiento y la importancia del apoyo de la familia.
- 3) Es importante capacitar al personal docente como se mantiene las conductas a través de la triple relación de contingencias.
- 4) Se recomienda que el paciente cada 4 semanas, asista 2 veces a la atención psicológica.
- 5) Se recomienda la inclusión a talleres de habilidades sociales para el adolescente.
- 6) Participación en el grupo de voluntariado, con la que cuenta el servicio de Medicina del Adolescente del INSN.
- 7) Se sugiere espacios lúdicos y de recreativos con la familia.
- 8) Practicar actividades artísticas y/o deportivas.

VI. REFERENCIAS

- Acosta, R. M. (2018). *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social* (Tesis de Pregrado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Antonio, W. (2018). *Los juegos como estrategia en el desarrollo de las habilidades blandas de los niños y niñas de 5 años de la institución educativa de nivel inicial N° 071 del distrito de Llumpa, provincia Mariscal Luzuriaga, Ancash-2018*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica de los Ángeles, Chimbote, Perú.
- Arslan, M. (2015). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de fobia social* (Tesis de postgrado). Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano, Bogotá, Colombia.
- Bados, A. (2011). *Técnicas operantes*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Baños, R.M.; Quero, S.; Botella, C. y Perpiñá, C. (2003). ¿Qué es la fobia social?. En C. Botella, R.M. Baños y C. Perpiñá (comps.) *Fobia social. Avances en psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. (pp.15-35). España: Paidós.
- Caballo, E., Salazar, C., García, J., Irurtia, J. y Arias, B. (2011). Fobia social: características clínicas y diagnósticas. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroble (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 172-199). Madrid, España: Pirámide.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la Terapia Cognitiva*. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

- Camilli, C y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales*, 8(1), 115-137. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/237568068_Fobia_social_y_terapia_cognitivo-conductual_definicion_evaluacion_y_tratamiento
- Cerda, M. (2016). *Cielo Azulado: Psicología y psicoterapia humanista y transpersonal*. Coquimbo, Chile: Editorial Universidad de La Serena.
- Clark, D. y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao, España: Descleé de Brouwer.
- Jordan, A. (2017). *Estudio de caso clínico: Terapia racional emotiva en un caso de fobia social* (Tesis de pregrado). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3048/3/jordan_ra.pdf
- Miranda, L. L. (2018). *Estudio de caso clínico: Programa de intervención cognitivo-conductual para un caso de trastorno de pánico* (Tesis de Pregrado). Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Recuperado de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3940>
- Morales, E. (2011). La ansiedad social en el ámbito universitario. *Griot*, 4(1), 35-48. Recuperado de <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1870>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Ed. Méditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Ortega, J. A. y Climent, A. M. (2004). Intervención cognitivo conductual en un caso de fobia social. *Clínica y Salud*, 15(2), 177-214. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617822004>

- Paz, C. (2009). *Tres perspectivas diferentes, un solo caso: La fobia social entendida a través del modelo médico-psiquiátrico, el modelo cognitivo-conductual y el modelo constructivista* (Tesis de Pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.
- Pedrerros, A. (2013). *Efecto de un protocolo de intervención conductual en la respuesta de ansiedad ante situaciones de tipo social en una adolescente* (Tesis de posgrado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12515/PedrerrosEpiAdrianaConstanza2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peñarrieta, C. y Faysse, N. (2006). *Pautas Generales para la elaboración, uso y empleo de juegos de roles en procesos de apoyo a una acción colectiva*. Cochabamba, Bolivia: Universidad Mayor de San Simón.
- Requena, F.H. (2019). *Intervención cognitivo conductual para la fobia social en un varón adulto* (Trabajo académico de segunda especialidad). Universidad Nacional, Federico Villarreal, Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3450/UNFV_REQUENA_VILLARREAL_FREDDY_HECTOR_SEGUNDA_ESPECIALIDAD_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rodríguez, J. y López, L. (2001). Un nuevo tratamiento multicomponente para la población adolescente con fobia social generalizada: Resultados de un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 9(2), 247-254.
- Ruiz, A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée De Browser.
- Vanegas, S., Catillo, R. y Dzib, J. (2013). Intervención Grupal en foco mediante imaginación en niños/adolescentes con dificultades en el manejo de la ira. *Atlante. Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 2, 1-11. Recuperado de <http://atlante.eumed.net/wp-content/uploads/imaginaria.pdf>
- Vera, M. y Roldán, G. (2009). *Ansiedad social. Manual práctico para superar el miedo*. Madrid, España: Pirámide.

VII. ANEXOS

ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL DE LIEBOWITZ	
Miedo o ansiedad	Evitación
0. Nada de un miedo o ansiedad	0. Nunca lo evito (0%)
1. Un poco de miedo o ansiedad	1. En ocasiones lo evito (1-33%)
2. Bastante miedo o ansiedad	2. Frecuentemente lo evito (33-67%)
3. Mucho miedo o ansiedad	3. Habitualmente lo evito (67-100%)
	Miedo/ansiedad Evitación
1. Llamar por teléfono en presencia de otras personas.	
2. Participar en grupos pequeños.	
3. Comer en lugares públicos.	
4. Beber con otras personas en lugares públicos.	
5. Hablar con personas que tienen autoridad.	
6. Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público.	
7. Ir a una fiesta.	
8. Trabajar mientras le están observando.	
9. Escribir mientras le están observando.	
10. Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado.	
11. Hablar con personas que usted no conoce demasiado.	
12. Conocer gente nueva.	
13. Orinar en servicios públicos.	
14. Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada.	
15. Ser el centro de atención.	
16. Intervenir en una reunión.	
17. Hacer un examen, test o prueba.	
18. Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado.	
19. Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado.	
20. Exponer un informe a un grupo.	
21. Intentar "ligarse" a alguien.	
22. Devolver una compra a una tienda.	
23. Dar una fiesta.	
24. Resistir a la presión de un vendedor muy insistente.	