# Vicerrectorado de INVESTIGACIÓN

## Facultad de Psicología

# TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A UNA ADOLESCENTE CON FOBIA SOCIAL

Trabajo Académico para Optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL** 

#### **AUTORA:**

MENDOZA ROJAS, HADA GABRIELA

#### **ASESOR:**

RIVEROS QUIROZ, MARCELINO

#### **JURADO:**

MONTES DE OCA SERPA, JESÚS HUGO CÓRDOVA GONZÁLES, LUIS ALBERTO SOLANO MELO, CRISTIAN

Lima-Perú

2020

#### **Pensamientos**

"Si nuestro pensamiento es sencillo y claro, estamos mejor equipados para alcanzar nuestras metas" Aaron Beck

> "La actitud de autoaceptación incondicional es probablemente la variable más importante en su recuperación a largo plazo"

> > Albert Ellis.

#### Dedicatoria

A mi esposo y mis hijos, por su amor, confianza y esfuerzo que ellos me han regalado, para lograr el objetivo trazado, pido a Dios su bendición y protección para ellos.

#### Agradecimiento

Doy gracias a Dios por el Don maravilloso de la vida, y en especial por el de mi esposo y de mis hijos, personas valiosas he importantes en mi vida, gracias a ellos he lograr llegar hasta este momento.

Mi deuda para mis padres esos ángeles protectores que siempre están a mi lado, ayudándome espiritualmente, acompañándome en los momentos difíciles que se presentaron durante el tiempo de formación.

También mi profundo agradecimiento a los docentes de la Universidad Federico Villarreal de la especialidad de terapia cognitiva conductual, quienes brindaron sus conocimientos con humildad, dedicación y respeto.

# Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	X
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	25
1.2.1 Antecedentes Nacionales	25
1.2.2 Antecedentes Internacionales	26
1.2.3 Basamento Teórico	27
1.3 Objetivos	38
1.3.1 Objetivo General	38
1.3.2 Objetivos Específicos	38
1.4 Justificación	39
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	39
II. Metodología	41
2.1 Tipo de Investigación	41
2.2 Informe de cada uno de los instrumentos aplicados	41

2.3 Informe Psicológico Integrado	47
2.4 Intervención psicológica	49
2.5 Plan de intervención	50
III. Resultados	62
3.1 Criterio de la paciente	62
3.2 Criterio terapéutico	62
3.3 Criterio familiar	63
3.4 Línea base de una semana	63
3.5 Línea de tratamiento	64
IV. Conclusiones	68
V. Recomendaciones	69
VI. Referencias	70
VII. Anexos	73

## Índice de Tablas

$\mathbf{N}^{\circ}$	Pág
1. Estudios realizados por la paciente	19
2. Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad	19
3. Datos familiares	21
4. Análisis de la conducta de la entrevistada	22
5. Análisis cognitivo de la conducta	23
6. Análisis funcional de la conducta	24
7. Perfil de habilidades sociales	43
8. Resultados del SEI escolar	46
9. Objetivos de la intervención	50
10. Número de sesiones	60
11. Resultados de seguimiento en una semana	63
12. Resultados Pretest y Post Test	64
13. Resultados del SEI Escolar	66
14. Area de niveles	67

# Índice de Figuras

N°		Pág.
1.	Perfil de habilidades sociales	44
2.	Perfil de autoestima. Versión escolar	46
3.	Línea base de una semana	64
4.	Resultados del Cuestionario de Ansiedad de Beck	65
5.	Resultados de la escala de Habilidades Sociales	65
6.	Resultados de la escala de Autoestima de Coopersmith	66
7.	Perfil de Autoestima. Versión escolar	67
8.	Perfil de Habilidades Sociales	67

#### Resumen

Se presenta un estudio de caso sobre terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente de 15 años de edad que presenta trastorno de ansiedad social, desde los 12 años, donde la madre se encuentra bastante preocupada por los riesgos a los cuales se expone su hija. Se procedió a realizar la historia clínico psicológica correspondiente para explicar la conducta de la adolescente en función de sus antecedentes y consecuentes, es decir, el análisis funcional de la conducta problema. Se hizo el diagnóstico funcional, el cual permitió determinar la conducta en términos de excesos conductuales, señalándome el camino a la reducción de dicha conducta; muestro la evaluación, el modelo explicativo y el tratamiento cognitivo-conductual adaptando distintas técnicas a las características de la usuaria: entrenándole en la relajación progresiva de Beck, reestructuración cognitiva y exposición graduada; la intervención llevada a cabo fue eficaz según la evaluación pre y postratamiento y el seguimiento correspondiente.

Palabra clave: Fobia social, tratamiento cognitivo-conductual

#### Abstract

I present the case study of the 15-year-old adolescent who has social anxiety disorder, since the age of 12, where the mother is quite concerned about the risks to which her daughter is exposed. I proceeded to perform the corresponding psychological medical history to explain the adolescent's behavior based on her background and consequent, that is, the functional analysis of the problem behavior. I also made the functional diagnosis, which allowed me to determine the behavior in terms of behavioral excesses, pointing the way to the reduction of such behavior; I show the evaluation, the explanatory model and the cognitive-behavioral treatment adapting different techniques to the characteristics of the user: training her in Beck's progressive relaxation, cognitive restructuring and graduated exposure; The treatment performed is presented as effective according to the pre and post-treatment evaluation and the corresponding follow-up.

Keyword: Social phobia, cognitive behavioral treatment

#### I. Introducción

La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (OMS, 2017).

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto.

En el período vital de la adolescencia, por sus especiales características, la ansiedad social cobra especial relevancia y da lugar a la génesis y mantenimiento del trastorno. Este período evolutivo constituye una etapa crítica en el desarrollo social del individuo. Se trata de un período evolutivo de la vida humana en el que tienen lugar importantes cambios en las relaciones interpersonales (Olivares, 2001).

La prevalencia de fobia social en adolescentes de la ciudad de Lima fue estimada en 7,1% por el Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" en el año 2002; mientras que a nivel internacional se han reportado datos de 4-8%. Algunos adolescentes tendrán la fortuna de vivir esta etapa de la adolescencia con el acompañamiento de sus padres, pero otra parte de esta población no la tiene, se puede presumir que se deba a

múltiples factores como, por ejemplo: la separación de los padres, ausencia de los padres por motivos de trabajo, entre otros, creando en ellos desconfianza, miedos y pensamientos o creencias irracionales de ellos mismos y de su entorno social.

El presente caso nos muestra a una adolescente de 15 años con fobia social, situación que viene afectándola en sus labores académicas, en la comunicación con su familia y la relación con sus pares, para lo cual se procedió a la entrevista clínica para obtener datos relevantes de la paciente, al mismo tiempo se aplicaron algunos Instrumentos de Evaluación para confirmar el diagnóstico, el manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-5), el cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), el cuestionario de Habilidades Sociales y Escala de autoestima de Coopersmith- SEI; que han permitido poder abordar el caso con mayor precisión; creyendo necesario la realización de 15 sesiones que permitirán brindar el soporte necesario para un mejor desenvolvimiento en su vida personal, familiar y social.

Como objetivo general del caso se tiene que reducir los niveles de ansiedad, mejorando su autoestima para que pueda desarrollar sus habilidades sociales; con los objetivos específicos se quiere llegar a reducir los niveles de ansiedad, eliminar conductas de evitación, mejorar la comunicación en familia (asertividad), desarrollar las habilidades sociales, incrementar la autoestima y evaluar la efectividad del tratamiento, mediante una ruta de seguimiento.

#### 1.1 Descripción Del Problema

Elizabeth llega a consulta porque tiene problemas de fobia social

#### Datos de Filiación

Nombre y Apellidos : Elizabeth P. A

Edad : 15 años

Lugar y fecha de nacimiento : Paita 10 de diciembre 2003

Grado de instrucción : Tercero de Secundaria

Dirección : Colán

Persona responsable : J. A. P

Parentesco : Madre

Fecha de entrevista : 15/05/2019

Lugar de entrevista : Consultorio Psicológico

Psicólogo : Lic. Hada Gabriela Mendoza Rojas

#### • Motivo de Consulta

Elizabeth es traída a consulta por la madre quien refiere que tiene muchos problemas con su hija Elizabeth, porque es muy temerosa, callada, tiene pocos amigos (as), es como si no le interesara tener nuevos amigos (as), no quiere ir a los cumpleaños que la invitan, hay veces que no quiere asistir a la escuela, porque dice que le duele la cabeza o el estómago, síntomas que también presenta cuando es el día de la fiesta a la cual ha sido invitada; el profesor de comunicación y personal social dicen que casi no participa de las exposiciones grupales cuando la cambian de grupo, sus notas son muy bajas y algunas desaprobatorias, en las intervenciones orales habla un poco y luego se queda callada como si se hubiera olvidado, por lo que le han recomendado llevarla con el Psicólogo.

Refiere la madre que para ella es una situación complicada porque es padre y madre para sus hijos, por lo que se siente cansada y aburrida con el comportamiento de su hija, más aún que ahora recibe quejas en la escuela de ella, por sus bajas calificaciones. Cuenta la madre que ella viajó a Chile por motivo de trabajo en el año 2010, cuando Elizabeth tenía 7 años, dejando a sus dos hijos (Julio y Elizabeth) al cuidado de sus abuelos maternos por un periodo de 3 años aproximadamente, presume que esta separación puede haber afectado a la menor.

#### • Descripción del examinado

La paciente de 15 años de edad, de 1.45 cm., cabello negro, ojos oscuros, nariz pequeña, contextura delgada de peso aproximado de 40 kg. Se observa con adecuada higiene y vestido acorde a la estación.

#### • Problema Actual

Elizabeth refiere que le ha sido muy difícil tomar la decisión de participar de los talleres de verano que la Municipalidad brindan gratuitamente a los adolescentes, porque siente miedo (8), no conoce a nadie y su mejor amiga viajo a Lima a pasar vacaciones y no tiene otra amiga como ella, por ello no participó, su madre se enojó mucho con ella, se siente mal porque quería participar del taller de manualidades y poder aprender, ella piensa "soy una tonta", "Siempre irá ser así", "No comprendo lo que me pasa".

Elizabeth refiere que ha bajado en sus calificaciones en la escuela, en las áreas de Comunicación, Persona Familia y Relaciones Humanas, en algunas oportunidades prefiere mejor no asistir a la escuela cuando le toca exponer, últimamente están dejando en la escuela muchos trabajos grupales situación que a ella le genera ansiedad (10); cuando salen en grupo a buscar información para realizar el trabajo sus amigas se van a conversar con amigos de

otros grados y a ella eso le causa temor (8), y piensa "Ellos me miraran", "se burlaran de mi", "No podré hablar", cuando esto sucede su respiración es más rápida de lo normal, sintiendo sudoración en las manos, situación que también le genera vergüenza (10) ya que tiene que dar la mano a los amigos de sus compañeros del colegio que recién conoce; por lo que evita salir a realizar los trabajos, argumentando que se siente mal con dolor de barriga y dolor de cabeza, han habido ocasiones que ha preferido plantearles a sus compañeros para que en su domicilio realicen los trabajos y así evitar tener que pasar un mal rato.

Refiere la paciente, que el salir a exponer en clase determinado tema le genera temor (8), porque piensa "Me olvidaré", "Se me trabará la lengua", "Se reirán de mí", "Todos me miraran", se le enfrían las manos, le tiemblan las piernas, los latidos del corazón son más rápidos. Por lo que en oportunidades cuando le toca exponer prefiere no asistir a clase y de esa manera evitar pasar un mal rato, situación que prefiere callar por miedo a ser castigada físicamente por su madre, le preocupa que sus compañeros ya no quieran incluirla en los grupos, por esta situación.

Así mismo verbaliza Elizabeth, que le es complicado hacer nuevas amistades e iniciar una conversación, cuenta que hace aproximadamente un mes llegaron a su casa unos amigos de su prima, a quienes la prima había invitado a almorzar, (comparten la casa con abuelos maternos, tía (madre soltera) y prima. entonces pensó "y ahora qué hago", Umm... diré que "me duele mucho la cabeza" y así no podré salir a almorzar con ellos, por lo que permaneció encerrada en su habitación, experimentando ansiedad (10), cólera (8), frialdad de manos, aceleración del ritmo cardiaco, para lo cual pidió a su madre que no le molestaran porque necesitaba descansar, porque se sentía mal con dolor de estómago, su madre le dijo que le llevaría el almuerzo a su habitación.

Elizabeth, refiere que el día lunes de la semana pasada, la subdirectora de la Institución Educativa la sacó a hacer la oración de la mañana, en frente de todo el alumnado, situación que la puso muy nerviosa experimentando mucho temor (08) y vergüenza (10), sentía que las piernas se temblaban, sentía que la cara le quemaba, esa mañana recuerda que fue unas de las peores, porque los alumnos se reían de ella porque no podía hablar, hablaba en un tono de voz muy bajo y sus amigas le dijeron que se había puesto ruborizada, ella refiere que sentía que su corazón latía más rápido de lo normal, todo su cuerpo temblaba, tenía muy frías las manos y le sudaban.

Para ella dice Elizabeth que recibir una invitación a quinceañeros o cumpleaños de sus amigos es un terror porque su mamá le empieza a decir que se vaya alistando para que asista a la fiesta, experimentando ansiedad (10) y cólera (8) porque ella no se siente segura y capaz de asistir a determinada fiesta, y piensa "Habrá mucha gente desconocida" "Nunca he usado tacones, me caeré", "Seré la burla de todos", "bailo feo" por eso ella dice que siempre cuando hay este tipo de actividades experimenta dolor de barriga y cabeza, cuenta que hace dos semanas fue el quinceañero de su mejor amiga y su vecina, pero que no asistió porque sentía miedo (8) ya que habrían muchas personas que no conoce y porque su amiga le había dicho que le presentaría a unos amigos, para ello su mamá ya había comprado el regalo y el vestido con los zapatos, los cuales fueron comprados a su gusto, llegado el día Elizabeth se echó a llorar y se encerró en su habitación, la madre empezó a decirle "eres un tonta", "te quedaras sin amigos (as)", "prefieres estar abombada en tu cuarto", "te llegará la vejez y será demasiado tarde", "¡cómo otras niñas de tu edad participan, no son cojudas"!, "más me has hecho gastar con la ropa y el regalo", "ya me tienes harta", ¿qué dirán los vecinos? "eres una tontonaza", "todavía tu padre ni me da para tus gastos y me haces que desperdicie el dinero"; experimentando Elizabeth enfado (8).

La madre también refiere que en ocasiones ha dado de cachetadas y manazos a Elizabeth para que reaccione, y tenga que realizar determinada acción para su bienestar. Como por ejemplo que asista a clases cuando tiene que exponer en grupo, teniendo como resultado que ella se ponga mal físicamente presentando vómitos y mareos.

A la luz del modelo cognitivo conductual, podemos decir que la conducta se está explicando debido a que la paciente se está viendo reforzada cada vez que la conducta problema aparece, así como también ella justifica su comportamiento debido a que siempre la han visto como una tonta, a la vez que ella misma piensa que es así. Se puede observar que no se siente segura y que los momentos por los que se encuentra pasando pueden deberse a la culpa de ella. Por otra parte, la mamá la castiga, lo que la hace poner más ansiosa y el problema empeora y puede desencadenar en otras situaciones.

Frente a toda esta situación la madre de Elizabeth la ha llevado al médico donde le han realizado una serie de exámenes y los resultados son favorables con un buen estado de salud física, por lo que le ha recomendado el médico que la lleve con un psicólogo.

#### • Desarrollo Cronológico de los síntomas

A la edad de 10 años, fue invitada por unas amigas de su prima a una fiesta de cumpleaños, el cual implicaba llevar determinado vestuario para dicha fiesta, que para ello ya se sentía incómoda con dicho traje, así refiere también que ella pese a sus temores se animó en asistir con su prima; el ingresar a la fiesta ya le generaba miedo, pero su prima la alentaba diciéndole "estas bonita, entremos", ya en la fiesta no quería participar del baile, hasta que una señora le dijo "eres una tontita, pareces enfermita quedándote sola aquí". Ella se sintió tan mal porque todos los que estaban cerca la miraron y se rieron, situación que hizo que ella se ponga a llorar y salga corriendo del lugar, regresando a casa y se encerrándose en su

habitación, al ver esto la tía materna corrió tras ella para saber lo que había sucedido, diciendo que era mejor que ella ya no participara de esas fiestas; acontecimiento que ella lo recuerda con mucho dolor porque en ese momento estaba el niño que le gustaba.

A la edad de 12 años, cursando el Primero de Secundaria, recuerda la paciente que salió a exponer un tema que habían sido desarrollado en grupos en clase, pero se puso muy nerviosa que empezó a enredarse en sus palabras, hablar muy bajo, para ello el profesor le dice "alumna hable más fuerte que no se le escucha, parece que está hablando debajo de un tanque", lo que generó la risa y burla de sus compañeros, situación que hizo que ella se olvidara de lo que tenía que decir, quedándose callada, después de lo sucedido sus compañeros de grupo le dijeron eres una falla, ya perdimos nota por tu culpa.

#### • Historia Personal

#### Desarrollo inicial

La madre refiere que Elizabeth fue una niña deseada pese a los constantes problemas económicos que atravesaba, a los 5 meses de embarazo ella fue diagnosticada con infección urinaria por lo que se sometió a un tratamiento para combatir dicha infección. Agrega que durante el parto no hubo complicaciones naciendo con un peso de 3.350 kg, midiendo 50cm. Su lactancia fue exclusiva (pecho), recibió todos sus controles de niño sano, no presentó ninguna complicación. Su primera palabra fue papá cuando tenía un poco más de los 5 meses y el control de sus esfínteres a los 2 años.

#### Educación

La madre refiere que Elizabeth inició su Educación Inicial a la edad de 5 años, que lloraba mucho a inicios, esto le duro aproximadamente 1 mes, pero luego consiguió adaptarse.

Manifiesta la madre, que Elizabeth realizó sus estudios del Nivel Primario en tres instituciones Educativas, y el Primero de Secundaría lo realizo en una Institución Educativa Particular, el Segundo y Tercero en una Institución Educativa Nacional, tal como se observa en la tabla 1.

Tabla 1
Estudios realizados por la entrevistada

Estudios	Con	cluyó	Presentó Problemas de		Rendimiento		to	
	Si	No	Adaptación	Aprendizaje	Conducta	Bajo	Prom	Alto
Inicial	Х		Χ				Х	
Primaria	Χ		Χ				Χ	
Secundaria		Х			X	Х		

#### • Diagnóstico Psicológico

#### ✓ Diagnóstico Tradicional según el DSM V

Diagnostico clínico: La paciente cumple los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social) (F40.1) según el DSM V.

Tabla 2
Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social o fobia social, según DSM-V

C	riterios diagnósticos	Conducta del paciente	Cumple: Sí / No
A.	intensa en una o más situaciones sociales en	Cuando tiene que salir a realizar los trabajos grupales que le dejan en la escuela, y se tiene que relacionarse o tratar con amigos de sus amigas a los cuales ella no conoce.	Si
В.	El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de	Cuando tiene que pararse en frente de sus compañeros y exponer determinado tema en la escuela.	

	ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).		Si
C.	Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	Cuando tiene sudoración en las manos, situación que le genera vergüenza ya que tiene que dar la mano a los amigos de sus compañeros del colegio que recién conoce	Sí
D.	Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	Cuando evita tener que almorzar junto con los invitados de su prima a los cuales ella no conoce y que llegaron a casa.	Sí
E.	El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.	Cuando la paciente se encierra en su habitación y se echa a llorar para no ir al quinceañero de su amiga.	Si
F.	El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.	Cuando refiere que le hubiera gustado participar de los talleres de manualidades en verano que se dan gratuitamente par adolescente.	Si
G.	El miedo la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social u otras áreas importantes del funcionamiento.	Cuando en oportunidades no asiste a la escuela para evitar tener que exponer en clase.	Si

#### • Historia Familiar

Tabla 3

Datos familiares

Parentesco	Nombre	Edad	Grado de Instrucción	Dedicación
Padre	Mateo.	45	Secundaria Completa	Obrero
Madre	Jessica.	41	Secundaria Completa	Su casa
Hermano	Julio	19	Cursando estudios	Estudiante
			superiores	
Paciente	Elizabeth	15	Tercero de secundaria	Estudiante
Hermano	Felipe	03		

#### • Relaciones familiares

Los padres de Elizabeth, son separados hace 12 años, por las constantes peleas que tenían, después de la separación la madre trabajó en las empresas pesqueras de obrera por lo que los niños quedaban al cuidado de la tía y los abuelos maternos. Por 3 años la madre permaneció en Chile, en el que trabajó y enviaba dinero para los gastos de sus hijos en Perú, inició una nueva relación de pareja en Chile, con quien tiene un bebe, quien le ayuda con los gastos de sus hijos mayores, Pero frente a las discusiones constantes decidieron separarse regresando al Perú.

El hermano mayor (Julio), cumpliendo sus 18 años decidió ir a vivir con su padre, quien le está pagando su estudio técnico superior Instituto Hermanos Cárcamo de Paita. Elizabeth, su madre y su hermano pequeño, están viviendo en casa de sus abuelos (maternos), están pasando por difíciles momentos económicos por lo que la madre ha iniciado un juicio por alimentos al padre de Elizabeth.

Elizabeth refiere que nunca ha escuchado a su madre decirle palabras bonitas, el trato en casa es tenso, ya que su madre no respeta a sus padres les dice que ella tiene derecho a decirles mil cosas, a ella la riñe en delante de gente, provoca discusiones en la familia,

Elizabeth tiene miedo que algo le pueda pasar a sus abuelitos. La relación que Elizabeth tiene con su hermano mayor (19 años) es cercana, quien siempre la aconseja y le dice que cuando ella cumpla los 18 años podrá también irse a vivir con su padre y no tener que soportar los insultos de mamá.

#### • Análisis funcional

Tabla 4
Análisis de la conducta de la entrevistada

Antecedentes	Conducta	Consecuente
Exposición en su grupo de trabajo (escuela)	<ul> <li>Cognitivo:     "La lengua se me trabará",     "Se reirán de mí", "Me olvidaré" "Todos me miran"</li> <li>Motor:     Inasistencia a clases (quedarse en casa).</li> <li>Fisiológico:     Aceleración del ritmo cardiaco.     Frialdad en ambas manos.     Le tiemblan las piernas.</li> <li>Emocional:     Ansiedad, miedo, temor.</li> </ul>	La madre que le permite quedarse
Evita asistir a Cumpleaños	<ul> <li>Cognitivo:     "Habrá mucha gente desconocida" "Nunca he usado tacones, me caeré", "Seré la burla de todos", "bailo feo".</li> <li>Motor:     Encerrarse en su habitación</li> <li>Emocional:     Ansiedad     Cólera     Enfado     Miedo</li> <li>Fisiológica:     Dolor de cabeza     Dolor de estómago     Llanto.</li> </ul>	La madre la humilla insultándola.

Iniciar una conversación y/o nuevas amistades.	Cognitivo:  "y ahora qué hago", Umm diré que "me duele mucho la cabeza"  Motor: Encerrarse en su habitación  Emocional: Ansiedad cólera  Fisiológica: Dolor de estómago Frialdad de ambas manos Aceleración del ritmo cardiaco.
Dirigir la oración de la mañana, en frente de todo el alumnado de su Institución Educativa.	<ul> <li>Cognitivo:     "No podré hablar", "voy a tartamudear", "se burlarán de mí".</li> <li>Motor:     Se paralizan sus piernas.</li> <li>Emocional:     Temor.     vergüenza</li> <li>Fisiológica:     Se ruboriza     El ritmo de la respiración acelerada.     Le tiemblan las piernas.</li> </ul>

## • Análisis cognitivo

Tabla 5 Análisis cognitivo de la conducta

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Exposición en su grupo de trabajo (escuela)	"La lengua se me trabará", "Todos se reirán de mí", "olvidar lo aprendido" "Todos me miraran"	Ansiedad, miedo, temor,
Evita asistir a Cumpleaños	"Habrá mucha gente desconocida" "Nunca he usado tacones, me caeré", "Seré la burla de todos", "bailo feo"	Ansiedad, cólera, enfado, vergüenza

Iniciar una conversación y/o nuevas amistades.	"y ahora qué hago", Umm diré que "me duele mucho la cabeza"	Cólera, vergüenza
Dirigir la oración de la mañana, en frente de todo el alumnado	"No podré hablar", "voy a tartamudear", "se burlarán de mí".	Temor, vergüenza

## • Diagnóstico funcional

Tabla 6 Diagnóstico funcional de la conducta

CONDUCTA	EXCESO	DEBILITAMIENTO	DEFICIT
Pensamientos	X		
anticipatorios			
(frecuencia de 10)			
Aceleración de ritmo	X		
cardiaco			
(intensidad de 8)			
Encerrarse en su	X		
habitación			
(frecuencia de 8)			
Dolor de estómago		X	
(intensidad de 8)			
Dolor de cabeza		X	
(intensidad de 8)			
Enfado		X	
(intensidad de 8)			
Cólera	X		
(intensidad de 10)			
Llanto		X	
(intensidad de 8)			
Vergüenza	X		
(intensidad 10)			
Ansiedad	X		
(intensidad 10)			
Miedo	X		
(intensidad de 10)			
Temor		X	
(intensidad de 8)			

#### 1.2 Antecedentes

#### 1.2.1 Estudios Nacionales

Huamán (2014), en nuestro ámbito se cuenta con pocos estudios referidos a fobia social, es por esto la importancia de nuestro trabajo; puesto que, al no contar con suficiente base teórica, resulta difícil conocer la realidad (prevalencia, grupos de riesgo y factores predisponentes) de este trastorno en nuestra población, esto dificulta intervenir oportunamente en el curso natural del mismo. Esto es importante ya que el desarrollo y aplicación de programas de detección temprana; nos permitiría actuar cuando aún no se ha consolidado ni generalizado el trastorno, hecho que nos brinda un amplio abanico de posibilidades para reducir su impacto en la infancia y la adolescencia. Además, a ello hay que añadir el hecho de que estas intervenciones son muy factibles, ya que se pueden desarrollar en los centros educativos, en horario lectivo, como una parte más del quehacer del centro.

Por todo lo expuesto; el objetivo de nuestro trabajo es: Estimar la prevalencia de fobia social; asociarla con los factores: edad y sexo; y determinar si el antecedente de patología psiquiátrica familiar, inestabilidad familiar, autovaloración negativa, frustración económica, frustración sentimental y malas relaciones sociales son factores de riesgo asociados a fobia social; en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria.

Huertas (2018) hizo un Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (2013), dijo que la fobia social es el tercer problema de salud mental más frecuente entre los trastornos psiquiátricos de nuestro país, con un 2.9%, precedido por el Episodio depresivo (7,0%) y el Trastorno de ansiedad generalizada (3,0%). Así también, diversos estudios han señalado que ocurre su aparición en población

infantil y juvenil siendo uno de los trastornos más diagnosticados en esta etapa vital del ser humano pues en esta etapa se encuentran constantemente frente a la evaluación de sus grupos pares e intentan dar una respuesta adecuada y esperada socialmente; puesto, que, al no hacerlo, provoca una baja estimación de su autoconcepto social y autoestima con probables consecuencias en su desarrollo.

#### 1.2.2 Estudios Internacionales

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de un varón de 28 años de edad que, tras haber recibido con anterioridad varios tratamientos psico-farmacológicos, de exposición y de entrenamiento en habilidades sociales, acude a consulta con diagnóstico de fobia social. La intervención actual se ha centrado fundamentalmente en corregir y cambiar el contenido de sus cogniciones, así como la forma de procesar la información estimular. Basándonos en los modelos antes mencionados, aplicamos una terapia cognitivo-conductual y los resultados obtenidos se exponen a continuación. (Vidal Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel, 2008).

El objetivo de la investigación es adaptar e implementar una terapia cognitivo conductual basada en los fundamentos teóricos y empíricos de la terapia de Heimberg (Heimberg et al., 1998; Echeburúa, 199; Overholser, 2002) para el tratamiento de la fobia social (temor a hablar en público), implementadas en formato de grupo. El diseño empleado fue pre-experimental pretest-postest con un solo grupo, con una muestra de nueve participantes, seis mujeres, tres hombres, estudiantes universitarios. El procedimiento involucro: a) la adaptación del protocolo, b) convocatoria y selección de los participantes, c) mediciones pre tratamiento, d) implementación del tratamiento, e) ejecución de las mediciones post tratamiento, f) el análisis de los resultados. Los

instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Breve de Auto Informe para el Diagnóstico de la Fobia Social (Rey, 2006), Cuestionario sobre el Temor a Hablar en Público de Clavijo y Restrepo (1989), la Escala de Miedo a la Evaluación Negativa de Watson y Friend (1969) y la Escala de Ansiedad y Evitación Social de Watson y Friend (1969). Se encontró una disminución estadísticamente significativa en las tres mediciones realizadas: SAD (F= 19.710, p.001, bilateral), FNE (F= 64.409, p<.000, bilateral) y THP (F=154.159, p<.001, bilateral), (Chi Cuadrado = 14.000, p<.001, bilateral), lo que indica que el programa fue efectivo para disminuir significativamente el temor a hablar en público, la ansiedad social y la evitación de las situaciones sociales. (Acevedo, 2014).

#### 1.2.3 Basamento Teórico Científico de las dos variables del título

#### - Variable Independiente: Intervención Cognitiva Conductual

Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del colegio salesiano de breña; se encontró una alta prevalencia de ansiedad social (40.5%) en adolescentes varones del Colegio Salesiano de Breña según el SPIN. Asimismo, de acuerdo a la LSAS, un 20.5% tenía fobia social moderada y un 2.1%, fobia social severa. Se halló que la fobia social puede influir negativamente en el rendimiento académico en los cursos de religión, matemática, arte, geografía y ciencias naturales. La edad promedio de presentación de síntomas fue 10.5, la cual está dentro del rango hallado en otros estudios. La fobia social fue más frecuente a los 11 o 12 años según la clasificación de la LSAS siendo a los 13 años la mayor prevalencia de fobia social severa. Asimismo, con el SPIN, a los 11 años es más prevalente la ansiedad social. Los distritos La Victoria y San Martín de Porres tienen mayores niveles de ansiedad social en relación con otros distritos. Los síntomas más específicos para fobia social son: "temo hacer las cosas cuando la gente", "por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente",

"entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido", "me da mucho miedo ser criticado" y "haría cualquier cosa para evitar ser criticado". Hay una buena correlación entre las escalas SPIN y LSAS. (Lindo, Vega, Lindo y Cortés, 2005).

La terapia cognitiva conductual, le puede ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le pueden ayudar a sentirse mejor. A diferencia de algunas de las otras "terapias habladas", la terapia cognitiva conductual se centra en problemas y dificultades del "aquí y ahora". La terapia cognitiva conductual, le puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan, estas partes pueden ser una situación, un problema, un hecho o situación difícil. De ella pueden derivarse: Pensamientos, Emociones, Sensaciones físicas, Comportamientos; cada una de estas áreas puede afectar a las demás. Sus pensamientos sobre un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente. También puede alterar lo que usted hace al respecto.

La terapia cognitiva conductual, le puede ayudar a romper este círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas y así cambiar la forma cómo se siente. La terapia cognitiva conductual tiene por objeto que llegue a un punto donde pueda "hacerlo usted mismo" y elaborar sus propias maneras de afrontar estos problemas. La terapia cognitiva conductual se utiliza en muchos trastornos, por ejemplo, en el caso de los problemas más comunes ansiedad y depresión; estas son desagradables, pueden afectar seriamente a su capacidad para trabajar y disfrutar de la vida. La terapia cognitivo-conductual es un enfoque de terapia que la mayoría de las investigaciones señala como

efectivo para el manejo de la ansiedad social. Entre los componentes de la TTC que han sido estudiados para el tratamiento de este trastorno, se encuentran: la exposición, la reestructuración cognitiva, la relajación aplicada, el EHS y la terapia de grupo cognitivo conductual. A estos tratamientos se suma un grupo de investigaciones que trabajan desde la teoría y la práctica la terapia cognitivo-conductual, con especial énfasis en la atención de niños y adolescentes. Estos estudios recomiendan la intervención en el ambiente educativo, la combinación de sesiones individuales y grupales, la formación de los docentes en la identificación temprana de los síntomas, el juego como recurso valioso, traducir y adaptar al español los programas de tratamientos más eficaces, el uso de manuales o protocolo de tratamientos que incluyan a los padres y sesiones de generalización con iguales, continuar ahondando en el estudio de las relaciones entre tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos y por último, la elaboración de programas preventivos «...que promuevan el desarrollo de habilidades de afrontamiento de las situaciones sociales y modifiquen factores ambientales de riesgo» (Olivares, García-López y Vera-Villarroel, 2003, p. 618). (Fobia social y terapia cognitivoconductual (Camilli y Rodríguez, 2008).

El modelo de Barlow, en este modelo se sostiene que los seres humanos, por razones de evolución biológica, somos sensibles a la crítica y a la desaprobación social. Sin embargo, no todas las personas desarrollan una fobia social, ya que para que ésta se manifieste es necesario que el individuo sea biológica y psicológicamente vulnerable a la aprehensión ansiosa (expectativa aprensiva ante el futuro). Se proponen tres caminos posibles para la adquisición de la fobia social: En primer lugar, se podría heredar una vulnerabilidad biológica a la ansiedad y/o una tendencia a ser socialmente inhibido. En segundo lugar, un individuo al estar bajo tensión podría experimentar un ataque de pánico

inesperado (una falsa alarma) en una situación social, y entonces estar ansioso por la posibilidad de volver a tener ataques de pánico adicionales en la misma situación social o en otras similares. Y, en tercer lugar, la persona podría experimentar un trauma social real que daría lugar a una alarma verdadera, instaurándose una alarma aprendida (haya sido falsa o verdadera).

También se propone que la fobia social específica, se formaría más frecuentemente por medio de una alarma verdadera; en cambio la fobia social generalizada podría darse sin la presencia de esta alarma real (es decir falsas alarmas asociadas a situaciones sociales). Este modelo señala el efecto de la atención autofocalizada (es decir dirigir la atención sobre cualquier aspecto de uno mismo p.ej. las propias sensaciones físicas, emociones o pensamientos, información generada internamente, en contraposición a tomar conciencia de la información del exterior obtenida a través de los receptores sensoriales), todo esto reduce significativamente la atención en la tarea requerida para realizar una ejecución exitosa. Finalmente, el modelo también subraya la importancia de los pensamientos negativos e irracionales que surgen frente a situaciones sociales.

El modelo de Clark y Wells, La explicación del modelo (Clark, 2001) está dividida en dos partes: En la primera se describe lo que ocurre cuando una persona con este trastorno entra en una situación social temida. Y en la segunda lo que pasa antes de entrar a la situación y después de haber salido de ella.

El Procesamiento en la situación social, Sobre la base de experiencias tempranas, las personas con fobia social desarrollan una serie de supuestos (creencias) acerca de sí mismos y de su mundo social, los cuales pueden ser divididos en tres categorías:

Normas excesivamente altas de actuación social:

"Debo de ser muy hábil socialmente en cualquier situación", "Siempre debería de tener algo interesante que decir", "No debo de mostrar nunca algún signo de ansiedad"

Creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación:

"Sí me equivoco pensarán que soy un estúpido", "Sí no hablo mucho, van a pensar que soy un aburrido", "Sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar".

Creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo: "No soy suficientemente hábil", "Soy un idiota", "Soy alguien aburrido".

Estos supuestos influencian a los individuos para que consideren las situaciones sociales como peligrosas, para que predigan que van a fallar al intentar lograr el nivel de actuación social que desean, y para que interpreten algunas señales sociales inofensivas o ambiguas como signos de evaluación negativa de los demás. Por tanto, cuando una situación social es considerada de esta forma, los fóbicos sociales se ven sumergidos en la ansiedad. Existen varios círculos viciosos interconectados que mantienen la ansiedad de los sujetos y evitan la desconfirmación de sus creencias negativas, los cuales se expresan a continuación:

Procesamiento del sí mismo como un objeto social. Un factor clave es el cambio en el foco atencional y un procesamiento negativo de sí mismo. Cuando las personas con fobia social creen que están en peligro de una evaluación negativa de los demás, enfocan su atención hacia una observación y monitoreo detallado de ellos mismos. Entonces usan esa información interna para inferir cómo se están mostrando a los demás y que es lo que están pensando de ellos. Es decir, se forman una imagen distorsionada de cómo creen que están siendo vistos por los demás; y al hacer esto quedan atrapados en un sistema

cerrado, ya que la mayoría de la evidencia de sus miedos es autogenerada (de acuerdo a como se están sintiendo); por lo que cualquier evidencia (externa) del medio social, que pudiera poner en duda sus creencias disfuncionales, se convierte en algo inaccesible o ignorado.

Conductas de seguridad. Frecuentemente los fóbicos sociales no se benefician con el hecho de que no sucedan las catástrofes sociales que temen, debido a que se encuentran inmersos en una variedad de conductas de seguridad que intentan prevenir o minimizar las catástrofes temidas. Sí éstas no se presentan, entonces la persona atribuye la no ocurrencia de las mismas a la utilización de estas conductas, en lugar de inferir que la situación era menos peligrosa de lo que se pensaba.

Las conductas de seguridad pueden generar o aumentar los síntomas que se temen, la mayoría de ellas tienen como consecuencia aumentar la atención en uno mismo (intensificando la imagen negativa de sí mismo y reduciendo la atención hacia la conducta de los demás, con lo que se impide la desconfirmación de las creencias), algunas pueden ser capaces de atraer la atención de las demás personas y pueden influir para que las otras personas se comporten de una manera que confirma parcialmente los miedos de los fóbicos sociales.

Síntomas fisiológicos y cognitivos. Los individuos con este trastorno están especialmente preocupados por el hecho de que los demás se den cuenta de sus síntomas de ansiedad, e interpretan estos síntomas como una señal de fracaso en la obtención del nivel de actuación social que desean. Debido a esto, se muestran hipervigilantes ante ellos, lo cual tiende a incrementar la percepción de los mismos; y con ello aumenta la probabilidad de detectar signos de ansiedad, generándose así un círculo vicioso negativo,

además como ya se mencionó, estos síntomas también pueden ser incrementados por el uso de conductas de seguridad (el ejemplo del sudor de la camisa).

Procesamiento de las señales sociales. En este modelo se pone un énfasis especial en la atención focalizada sobre el sí mismo y el uso de la información interna para formar una imagen distorsionada y negativa de uno mismo (el individuo se imagina como lo están viendo los demás y que están pensando de él). Generalmente, se podría pensar que la fobia social está relacionada con una reducción del procesamiento de las señales sociales, sin embargo, también se sugiere que este procesamiento (reducido) está sesgado de una manera negativa. Es decir, es más probable que se atiendan y se recuerden las respuestas de los otros que son interpretadas como signos de desaprobación. Y dado a que, en la mayoría de las situaciones sociales normales, es poco común que se expresen abiertamente las reacciones negativas hacia los demás, muchas de las señales que son notadas y recordadas como negativas, podrían ser en realidad simplemente señales ambiguas.

Las conductas de evitación pasiva y conductas de seguridad. Las conductas de evitación pasivas (ej. asistir a una fiesta, sentarse en una esquina, responder con monosílabos) y de seguridad (ej. no separase de una persona durante toda la fiesta) son comunes en los fóbicos sociales. Estas conductas agravan los síntomas, mantienen la atención hacia uno mismo, no permiten confirmar las consecuencias temidas y, por último, contaminan las situaciones sociales (Botella, Perpiña y Baños, 2003), (Salaberría y Echeburúa, 2003).

#### - Variable Dependiente: Ansiedad Social

Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional (APA, 2000).

La fobia social se caracteriza, entre otras cosas, porque los individuos no sufren malestar cuando realizan actividades en privado, solamente se manifiesta un deterioro en la conducta cuando están siendo observados (Barlow y Durand, 2002). En cuanto a su etimología, la palabra "fobia" deriva de fobos (phobos), más el sufijo –ia (cualidad). Fobos representa temor. La palabra fobia es usada en psiquiatría para formar términos que describen al miedo insano (por excesivo) a ciertas cosas (Diccionario etimológico de Chile)

La distinción y descripción de la Fobia Social como forma diferenciada de otros trastornos de ansiedad fue propuesta por primera vez, también en Europa, por Marks y Gelder (1966). Estos autores diferenciaron cuatro tipos de fobias: fobia a los animales, fobia específica, agorafobia y Fobia Social, entendida esta última como "un miedo ante situaciones sociales, expresado por timidez, miedo a ruborizarse en público, a comer en restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes, o bien a temblar cuando se es el centro de atención".

La fobia social o trastorno de ansiedad social se caracteriza por un deseo compulsivo de evitar situaciones en las cuales el individuo pueda verse expuesto a examen por parte de los demás. Para estas personas hablar, comer, actuar en público e incluso utilizar lavabos o transportes públicos, pueden provocarles niveles muy altos de ansiedad, además de un temor persistente e irracional a dichas situaciones. La persona con fobia social suele tener una baja autoestima. Normalmente, se autoexige demasiado y es muy vulnerable ante las opiniones de los demás. Tanto las mujeres como los hombres tienen la misma probabilidad de desarrollar el trastorno, el cual normalmente comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia. La fobia social o trastorno de ansiedad social se caracteriza por «un miedo persistente y acusado a situaciones sociales o actuaciones en público por temor a que resulten embarazosas» (APA, 2002; p. 502).

La persona con fobia social suele tener una baja autoestima. Normalmente, se autoexige demasiado y es muy vulnerable ante las opiniones de las demás personas, tanto de mujeres como de hombres tienen la misma probabilidad de desarrollar el trastorno, el cual normalmente comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia. Según los estudios epidemiológicos nos refieren que este trastorno tiene su inicio más frecuente en la adolescencia; por lo que se vuelve un riesgo en esta etapa de la vida porque la o el adolescente tiende a abandonar los estudios, la interacción entre pares es escasa o nula, creando en ellos inseguridad y baja autoestima; por consiguiente este trastorno tiene para la o el adolescentes repercusiones negativas significativas tanto en el desarrollo académico como en el desarrollo personal y social.

#### Criterios Diagnósticos según el DSM-5

- A. Miedo o ansiedad acusada en respuesta a una o más situaciones sociales en las cuales la persona se ve expuesta al posible escrutinio por parte de los demás. Posibles ejemplos son interacciones sociales (por ej., mantener una conversación, encontrase con personas desconocidas), ser observado (por ej., al comer o beber) y actuar delante de otros (por ej., dar una charla). Nota: En niños la ansiedad debe ocurrir en situaciones con compañeros de su edad, no solo en interacciones con adultos.
- **B.** La persona teme ser negativamente evaluada a partir de su actuación o de los síntomas de ansiedad que muestra, lo que implica humillación o vergüenza, rechazo por parte de otros u ofender a otros.
- **C.** Las situaciones sociales provocan casi siempre miedo o ansiedad. Nota: En niños, la ansiedad puede manifestarse como lloros, berrinches, quedarse paralizados, pegarse a alguien, encogimiento o no hablar en situaciones sociales.
- **D**. Las situaciones sociales son evitadas o se soportan con ansiedad o malestar intensos.
- **E.** El miedo o ansiedad es desproporcionada para la amenaza implicada por la situación social y para el contexto sociocultural.
- F. El miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente 6 meses o más
- **G.** El miedo, ansiedad o evitación causa un malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida social o laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento.
- **H.** El miedo, ansiedad o evitación no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ej. drogas, fármacos) o a otra condición médica.
- I. El miedo, ansiedad o evitación no puede explicarse mejor por los síntomas de otro trastorno mental, tal como trastorno de pánico trastorno dismórfico corporal o trastorno del espectro autista.

J. Si otra condición médica (por ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración por quemaduras o heridas) está presente, el miedo, ansiedad o evitación está claramente no relacionado con ella o es excesiva.

La función de las técnicas de evaluación es detectar si las personas cumplen los criterios diagnósticos de fobia social. Junto a la entrevista, el autoinforme es la técnica más usada en la práctica clínica para comprobar las hipótesis planteadas por el evaluador. El autoinforme evalúa diferentes componentes del problema, así como sobre síntomas asociados. La mayoría de los autoinformes ofrece información sobre la intensidad y la gravedad de los síntomas, cuantificando su evolución y el cambio producido al término del tratamiento en ningún caso se deberían emplear como instrumentos diagnósticos.

El presente estudio se centra en la llamada Fobia Social la cual es considerada por el estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao (2012) como la tercera más frecuente entre los trastornos psiquiátricos de nuestro país con un 2.9%, precedido por el Episodio depresivo (7,0%) y el Trastorno de ansiedad generalizada 83,0%).

Así también, diversos estudios han señalado que ocurre su aparición en población infantil y juvenil siendo uno de los trastornos más diagnosticados en esta etapa vital del ser humano pues en esta etapa se encuentran constantemente frente a la evaluación de sus grupos pares e intentan dar una respuesta adecuada y esperada socialmente; puesto, que al no hacerlo, provoca una baja estimación de su autoconcepto social y autoestima con probables consecuencias en su desarrollo (García – López, Piqueras, Díaz – Castela e Inglés, 2008, citado por Safir 2014).

Curran (1977, citado por Caballo, 2005) sugiere tres modelos para explicar la etiología y el mantenimiento de la ansiedad/fobia social:

- ✓ Modelo ansiedad condicionada. Fundamentado en el condicionamiento clásico. La ansiedad se adquiere debido a la exposición repetida a experiencias aversivas en situaciones sociales. Modelo cognitivo-valorativo. Plantea que el origen de la ansiedad se debe a una errónea evaluación cognitiva y valorativa sobre las propias actuaciones y las expectativas de consecuencias aversivas.
- ✓ Modelo del déficit en habilidades. Considera que el origen de la ansiedad reactiva porque la persona posee un repertorio de conductas sociales inadecuadas, lo que conduce al no control apropiado de las exigencias del contexto, experimentando así una situación aversiva que le provoca ansiedad.

## 1.3 Objetivos

# 1.3.1 Objetivo General

Reducir los niveles de ansiedad, potenciar su autoestima para que la adolescente de 15 años pueda desarrollar sus habilidades sociales.

## 1.3.2 Objetivos Específicos

- 1 Reducir los niveles de ansiedad.
- 2 Eliminar conductas de evitación.
- 3 Mejorar la comunicación en familia (asertividad)
- 4 Desarrollar las habilidades sociales
- 5 Incrementar la autoestima
- 6 Evaluar la efectividad del tratamiento, mediante una ruta de seguimiento.

#### 1.4 Justificación

Elizabeth presenta dificultades a nivel cognitivo y conductual, por lo que interpreta de manera confusa diversos situaciones de índole social, lo cual genera niveles moderados de ansiedad, los cuales se manifiestan a través de reacciones fisiológicas como, temblor de piernas, sudoración palmar, frialdad en las manos, aceleración del ritmo cardíaco, ruborización, esto se ve reforzado a nivel conductual, por comportamientos de evitación, a su vez estas generan respuestas emocionales tales como cólera, tristeza por su desempeño social, familiar y personal.

Por tanto, se ha creído conveniente iniciar en tratamiento terapéutico que le permitirá evaluar, identificar y modificar, todos aquellos pensamientos que anticipan eventos futuros, provocándole ansiedad, por lo tanto, con la terapia se busca que el paciente aprenda formas más saludables de respuesta ante situaciones tanto de manera emocional como conductual. Con respecto a las creencias irracionales, se aplica con la paciente la técnica de reestructuración cognitiva, además de buscar el equilibrio de sus niveles de ansiedad, aplicando técnicas como la relajación muscular de Jacobson y la respiración diafragmática, para un mejor control de la situación. Utilizar la técnica de exposición gradual en vivo y el entrenamiento en habilidades sociales, con la finalidad que la paciente pueda desarrollarse de manera adecuada y tranquila en su medio personal y social.

## 1.5 Impactos esperados del trabajo académico

El trabajo académico va a permitir que de los resultados obtenidos se beneficiará a la paciente, a la madre y a su entorno más cercano, quienes tendrán conocimiento qué hacer frente a casos parecidos y a saber cómo enfrentarlos. Del mismo modo, va a contribuir a obtener experiencia ante este problema, así como a difundir ante la comunidad la manera

cómo prevenir problemas como éste, así como a enfrentarlo. En épocas como ésta, por la que nos encontramos viviendo, están apareciendo este tipo de momentos, por lo que es preciso saber qué hacer ante determinadas dificultades. Por otra parte, el trabajo va a contribuir a ayudar a que otras personas tengan una herramienta para hacer frente a este tipo de adversidades que se están incrementando debido a la situación por la que estamos atravesando.

## II. Metodología

# 2.1 Tipo de investigación

El presente trabajo corresponde a una investigación experimental, en los que un solo individuo es el propio control. En primer lugar, se estableció un contrato terapéutico entre la madre y el responsable del tratamiento, de ello se puede mencionar que ambos cumplieron con los acuerdos establecidos en el contrato desarrollando las diferentes técnicas programadas, al mismo tiempo que realización por parte de la paciente la realización de las tareas dejadas para casa.

El desarrollo de la terapia se llevó a cabo en 13 sesiones, las cuales han tenido una duración de 45 minutos, una vez por semana y sesiones de seguimiento, hasta el momento; en donde se aplicaron las diversas técnicas cognitivas – conductuales para lograr los objetivos propuestos.

## 2.2 Informes Psicológicos

## 1. Informe psicológico del Cuestionario de ansiedad de Beck

## **Datos generales**

Apellidos : P. A

Nombre : Elizabeth

Edad : 15 años 6 meses

Fecha de Nacimiento : 10 de diciembre del 2003 Escolaridad : 3° grado de secundaria. Domicilio : Pueblo Nuevo de Colán

Fechas de entrevistas : 21 de junio 2019

Evaluador : Ps. Gabriela Mendoza Rojas

#### Motivo de evaluación

Identificar el nivel de ansiedad en la paciente.

42

Instrumentos de evaluación

✓ La entrevista Psicológica.

✓ Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).

Resultados

La paciente ha obtenido una puntuación de (22-35), lo que la ubica en la categoría de

Ansiedad Moderada.

Análisis e interpretación de resultados

Tenemos que en la actualidad Elizabeth, presenta características marcadas de ansiedad

de tipo moderado, que vienen marcando su desarrollo personal, físico, familiar y social,

porque se siente nerviosa, agobiada, sin muchas ganas de seguir adelante, el pesimismo ha

hecho notar su presencia en ella y se preocupa por todo, a su vez nota que su ritmo cardíaco

es irregular, sobre todo en los momentos de preocupación.

**Conclusiones** 

Evaluada de 15 años presenta características de ansiedad moderada

Recomendaciones

✓ Psicoeducación sobre ansiedad - fobia social.

✓ Aplicar técnicas de relajación y ejercicios de respiración.

2. Informe psicológico de la Escala de Habilidades Sociales

**Datos generales** 

Apellidos : P. A

Nombre : Elizabeth

Edad : 15 años 6 meses

Fecha de Nacimiento : 10 de diciembre del 2003

Escolaridad : 3° grado de secundaria.

Domicilio : Pueblo Nuevo de Colán

Fechas de entrevistas : 24 de junio 2019

Evaluador : Ps. Gabriela Mendoza Rojas

# Motivo de evaluación

Conocer el Perfil de sus Habilidades Sociales

#### Instrumentos de evaluación

✓ La entrevista Psicológica.

✓ Escala de Habilidades Sociales (EHS).

## Resultados

La paciente ha obtenido un puntaje total de 4 ubicándola en la categoría de Nivel Bajo en el perfil de sus habilidades sociales.

Tabla 7 Perfil de Habilidades Sociales

# PERFIL DE HABILIDADES SOCIALES EHS

NOMBRE Y
APELLIDOS
Stany Elizabeth

EDAD 15 SEXO FEMENINO

INSTRUCCIÓN 3º SECUNDARIA

AREAS	PUNT. DIR.	PTJE. BAR.	CATEGORIA
Auto exp. en sit.soc.	9	#N/A	#N/A
Def. prop. derechos cons.	8	6	NIVEL BAJO
Exp. enfado o disconf.	6	5	NIVEL BAJO
Decir no y cortar interac.	9	6	NIVEL BAJO
Hacer peticiones	11	11	NIVEL BAJO
Iniciar interac. + con sexo op.	8	11	NIVEL BAJO
PUNTAJE TOTAL EAS	51	4	NIVEL BAJO



Figura 1. Perfil de Habilidades Sociales

# Análisis e interpretación de resultados

La paciente en la actualidad, presenta un Nivel Bajo en sus habilidades sociales, presentando dificultades para expresarse socialmente, esta falta de habilidad social ha ocasionado que Elizabeth presente problemas en el ámbito escolar, generando en ella una gran insatisfacción.

#### **Conclusiones**

Evaluada de 15 años presenta un Nivel Bajo en sus Habilidades Sociales.

#### Recomendaciones

- ✓ Aplicar técnicas de relajación y ejercicios de respiración.
- ✓ Participar de los talleres ocupacionales (manualidades, repostería, etc.).
- ✓ Asistir de las sesiones Psicológicas.

# 3. Informe psicológico de la Escala de Autoestima de Coopersmith-SEI

# **Datos generales**

Apellidos : P. A

Nombre : Elizabeth

Edad : 15 años 6 meses

Fecha de Nacimiento : 10 de diciembre del 2003

Escolaridad : 3° grado de secundaria.

Domicilio : Pueblo Nuevo de Colán

Fechas de entrevistas : 24 de junio 2019

Evaluador : Ps. Gabriela Mendoza Rojas

## Motivo de evaluación

Conocer su autoestima

## Instrumentos de evaluación

✓ La entrevista Psicológica.

✓ Escala de autoestima de coopersmith- SEI

#### Resultados

La paciente ha obtenido en la sub escala de SEI, la categoría de baja autoestima.

Tabla 8
Resultados del SEI Escolar

# RESULTADOS DE SEI ESCOLAR

Nombre y Apellidos: Stany Elizabeth

**Edad**: 15

Año de Estudios3º SECUNDARIAFecha de Evaluación19/06/2019

SUB ESCALA	Ptje Bruto	Ptje SEI	Categoría
Sí Mismo General	9	34.65	BAJA AUTOESTIMA
Social Pares	1	12.5	BAJA AUTOESTIMA
Hogar Padres	0	0	#N/A
Escuela	2	25	BAJA AUTOESTIMA
Escala General	1	24	BAJA AUTOESTIMA

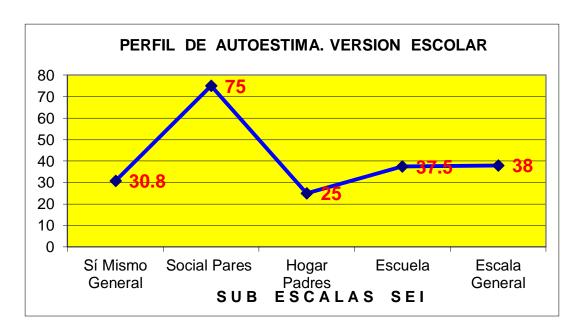


Figura 2. Perfil de Autoestima, versión escolar

47

## Análisis e interpretación de resultados

La paciente en la actualidad, presenta una baja autoestima, al medir las actitudes valorativas hacia el SI MISMO, en las áreas: académica, familiar y personal de la experiencia de la persona, lo cual interfiere en la percepción de sí misma que le impide percibirse como personas valiosas, talentosas o simplemente tener un juicio objetivo respecto a quiénes somos.

#### **Conclusiones**

Evaluada de 15 años presenta la categoría de baja autoestima.

#### Recomendaciones

- ✓ Aplicar técnicas de relajación y ejercicios de respiración.
- ✓ Asistir a las sesiones programadas.
- ✓ Mejorar los pensamientos y creencias.

# 2.3 Informe Psicológico Integrado

# Informe psicológico

## **Datos generales**

Apellidos : P. A

Nombre : Elizabeth

Edad : 15 años 6 meses

Fecha de Nacimiento : 10 de diciembre del 2003

Escolaridad : 3° grado de secundaria.

Domicilio : Pueblo Nuevo de Colán

Fechas de entrevistas : 19/06/2019 al 28/06/2019

Evaluador : Ps. Gabriela Mendoza Rojas

#### Motivo de evaluación

Integrar las evaluaciones aplicadas a la menor de 15 años, que presenta fobia social, según los criterios del Manuel de Criterios Diagnósticos del Trastorno Ansiedad Social (DSM 5)

#### Instrumentos de evaluación

Entrevista Psicológica

Observación de la conducta

Baterías de Prueba:

Test de Raven

Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).

Entrevista para los trastornos de ansiedad social (DSM 5).

Cuestionario de Habilidades Sociales.

Escala de SEI

#### Resultados

Con respecto al Nivel Cognitivo, según la batería aplicada de Raven, tenemos que la paciente Presenta Nivel Intelectualmente medio (+) si el percentil está por encima de 50 (51-74), ubicándolo en la categoría de Grado III.

Lo que respecta al cuestionario de Beck (BAI); tenemos que se ha obtenido un puntaje de (22-35), lo que la ubica en la categoría de ansiedad moderada

En la entrevista efectuada Stany, cumple con los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social (fobia social), DSM 5 (300.23) (F40.10).

En cuanto al cuestionario de habilidades sociales, se encuentra en la categoría de Nivel Bajo, en casi todas las áreas.

La escala de SEI, muestra el perfil de autoestima baja.

## Análisis e interpretación de resultados

Tenemos que en la actualidad Elizabeth, es de Nivel Normal Promedio presenta características marcadas de ansiedad de tipo moderado, a su vez cumple con los criterios de diagnóstico de ansiedad social o fobia social, situación que le viene causando dificultad para desarrollarse plenamente tanto en el ámbito escolar, social y familiar, sumado a ello muestra un debilitamiento en su autoestima (autoestima baja), generando en ella conflictos emocionales y pensamientos anticipatorios, situaciones que vienen complicando sus salud física y equilibrio psicológico, lo que es de sus habilidades sociales muestra un nivel bajo en sus áreas.

#### **Conclusiones**

Evaluada de 15 años presenta características de ansiedad social según el DSM 5 (300.23) (F40.10) en los criterios A, B, así como la evitación; baja autoestima y nivel bajo en sus habilidades sociales.

#### Recomendaciones

Asistir a las sesiones programadas.

Reforzar en casa cualquier tipo de progreso.

Evitar compararle con otras personas.

Psicoeducación en familia.

Técnicas de relajación, entre otras.

# 2.4 Intervención Psicológica

El tratamiento psicológico de la fobia social que padece la adolescente de 15 años se aborda de la siguiente manera con:

Tabla 9 *Objetivos de la intervención* 

Objetivo de la intervención	•	N° Sesiones en total
La adolescente de 15 años, será capaz de poder controlar situaciones que le generen ansiedad; así como eliminar conductas de evitación y creencias negativas de su persona, logrando mejorar su autoestima y comunicación de manera asertiva.	<ul> <li>✓ Relajación Muscular de Jacobson</li> <li>✓ Respiración diafragmática</li> <li>✓ Entrenamiento en Habilidades Sociales</li> <li>✓ Imaginación positiva</li> <li>✓ Distracción del pensamiento</li> <li>✓ Exposición.</li> </ul>	13 sesiones

#### 2.5 Plan de intervención

# Primera sesión: Entrevista y Evaluación Psicológica

**Objetivo de la sesión.** – Sensibilizar a la paciente para hacerle comprender la importancia de someterse al programa; del mismo modo, se le informará acerca de la manera cómo se va a llevar a cabo el procedimiento. También se buscará cómo se ha originado el problema para que lo entienda mejor y así pueda colaborar y cumplir con el tratamiento.

Las técnicas a utilizar fueron:

- Entrevista Psicológica para recabar datos relevantes de la paciente de 15 años.
- Aplicación del test de matrices progresivas de Raven, el cual permitirá evaluar su nivel cognitivo, arrojando el siguiente resultado categoría 70, rango III nivel intelectual Término medio.

Por otro lado, se le recomendó música de relajación para que se vaya desensibilizando.

Segunda sesión: Entrevista y Evaluación Psicológica

Objetivo de la sesión. – Iniciar en la aplicación de los instrumentos de evaluación

psicológica. Se continuó con la sensibilización y a que paulatinamente vaya

adquiriendo más confianza con la terapeuta porque a veces el problema está

incluyendo a otros que van a permitir la explicación de la conducta.

Las técnicas que se utilizaron fueron:

Aplicación del Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), el cual ha permitido

conocer sus niveles de ansiedad obtenido una puntuación de (22-35), lo que la

ubica en la categoría de Ansiedad Moderada.

Aplicación Escala de Habilidades Sociales (EHS), La paciente ha obtenido un

puntaje total de 4 ubicándola en la categoría de Nivel Bajo en el perfil de sus

habilidades sociales.

Se le recomendó que salga acompañada de un familiar para que poco a poco se vaya

adaptando a las nuevas circunstancias y al ambiente donde se va a desenvolver.

Tercera sesión: Evaluación Psicológica

Objetivo de la sesión. – Aplicar instrumentos de autoestima. De forma simultánea se

va organizado la historia psicológica y también entrando en confianza para la

resolución de problemas que puedan estar afectándola.

Aplicación Escala de autoestima de Coopersmith- SEI, la paciente ha obtenido

en la sub escala de SEI, la categoría de baja autoestima.

De manera complementaria se le informó cómo hacer ciertos ejercicios de respiración

para que llegado el momento pueda hacer frente al momento que ella tiene temor.

Cuarta sesión: Presentación de resultados

Objetivo de la sesión. – Informar a la paciente los resultados que se han obtenido,

explicarle cómo se va a llevar a cabo la intervención. También se entrevistó a la

madre para que informe datos de su hija.

Se brindan los resultados con sus respectivos Informes Psicológicos aplicados

a la adolescente, haciendo una breve explicación a la paciente y madre de los

resultados obtenidos en cada prueba.

• Firma del consentimiento informado por parte de la madre para que su hija

inicie el tratamiento para el trastorno de Fobia Social.

De manera paralela se le proporcionaba lecturas cortas para que vaya leyendo acerca

del problema y así pueda comprender mejor acerca de las raíces de la fobia. También

se le informó sobre las probables consecuencias que podría ocurrir si no se atiende a

tiempo el problema.

Quinta sesión: Información del inicio de la intervención

**Objetivo de la sesión.** – Presentarle la manera cómo se va a llevar a cabo el programa

de intervención. Motivarla a que si se cumplen los procedimientos habrá buenos

resultados y será ella la beneficiada, para lo cual deberá poner mucho de sí.

Se brinda Psicoeducación a la paciente con un tríptico de Ansiedad/Fobia

Social.

Se le ofrece a la paciente una información que incluya concepto de Fobia

Social, características clínicas (cognitivas, conductuales, fisiológicas),

poniendo de manifiesto e insistente que la fobia social es un comportamiento

aprendido y que como tal puede desaprenderse, es necesario plantearles cómo

se mantienen las fobias y la necesidad de la participación activa del paciente

para romper con el círculo que la mantiene.

Se aplica la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

La relajación es una forma de eliminar la tensión, debido a que esta tensión

provoca malestar, sintiéndose irritada, casada, etc. Además, la ansiedad puede

obstaculizar o inhibir muchas formas de comportamiento social. Esta técnica

consiste en tensar y relajar los distintos grupos de músculos del cuerpo.

Se resalta la importancia de las tareas para casa, por tanto, en esta sesión se

dejará como tarea la práctica de la técnica de relajación de Jacobson y una

lectura adicional que ella pueda elegir y compartir en la próxima sesión sobre

la Fobia Social.

De manera complementaria se le presentaba audios que tengan instrucciones sobre la

manera de relajarse. Ella deberá hacer ejercicios diarios para que pueda estar siempre

relajada y así prevenir la aparición de la conducta problema.

Sexta sesión: Aplicación de técnicas

Objetivo de la sesión. – Aplicación de las técnicas de relajación para el proceso de

respiración. Se hicieron ejercicios en el ambiente de la intervención y se le enseñaba a

la paciente los procedimientos para llegar a buenos resultados.

Se repasa la tarea de la sesión anterior elogiando sus logros alcanzados, en

particular de la lectura desarrollada.

Se aplica la técnica de la respiración diafragmática, la cual nos enseña a

respirar con el diafragma también se usa como manera de detener la mente, de

parar esos pensamientos que se nos amontonan en la cabeza, que nos agobian,

y apartan nuestra atención de ellos, evitando que nos desconcentren de lo

importante en ese momento. Pararnos a sentir nuestra respiración durante unos

segundos nos obliga a estar en el momento presente, nos aporta claridad

mental además de favorecer la concentración y la focalización de la atención.

Se brinda Psicoeducación con video sobre el triángulo de la salud, para que

pueda comprender mejor como se genera la ansiedad y cuáles son las posibles

consecuencias en la salud de las personas, se presenta el video y luego se

inicia un diálogo respecto del mismo.

La tarea para casa es practicar la nueva técnica de la respiración diafragmática

una vez al día conjuntamente con la relajación muscular de Jacobson.

Se forma simultanea se informaba a la paciente acerca de los logros que va

obteniendo, se informaba a la mamá sobre los avances y que refuerce a su hija a

medida que va avanzando en la intervención. Cuando la persona se equivocaba o no

seguía las instrucciones se le hacía ver donde estaba el error, pero también se le decía

los aciertos y la manera como está progresando.

Séptima sesión: Fortalecimiento

Objetivo de la sesión. – Reforzar lo avanzado, del mismo modo, se le pido que ella

haga por su cuenta los ejercicios para saber cómo está avanzando.

Se repasa la tarea de la semana anterior.

Se le invita a participar a la adolescente de un grupo de 17 adolescentes para

que aprenda manualidades todos los fines de semana, por un periodo de

tiempo de 3 horas diarias, como ayuda para la relación con sus pares.

Aplicamos reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos

automáticos. Se le ayudará a la paciente a que pueda identificar aquellos

pensamientos que pasan por su mente y que hacen que se sienta ansiosa, para

ello se le pide que realice un listado de todos ellos.

- Luego determinar si los pensamientos son racionales o irracionales, según sus autoverbalizaciones negativas, como el temor hacer el ridículo, temor a que los otros puedan pensar de ella, a no saber qué decir, etc.
- Tarea para casa leer sobre los pensamientos irracionales de Beck, para conversarlo la siguiente sesión).

De manera paralela se discuten las lecturas que se le ha dado previamente para verificar su comprensión y aclarar algunos conceptos que no hayan sido entendido por la paciente.

# Octava sesión: Aplicar las aproximaciones sucesivas

**Objetivo de la sesión.** – Aplicar el moldeamiento para que la paciente, poco a poco, y de acuerdo a su ritmo, vaya superando el problema. Recordemos que este tipo de fobia no se llega a resolver de una manera rápida sino que la persona debe ir avanzando a su ritmo.

- Repaso de las tareas para casa.
- Introducción al campo de las habilidades sociales, se le presenta un tríptico con conceptos básicos de las habilidades sociales y se integra dentro del problema de la fobia social.
- Se presenta mediante una charla a la paciente los componentes no verbales que son importantes dentro de la comunicación para la conducta social. Como son: la mirada, la expresión facial, los gestos, la postura, el contacto físico, la apariencia personal, volumen de voz, fluidez, entonación, contenido.
- Como tarea para casa se le brinda a la paciente una hoja de autorregistros para anotar las distintas situaciones sociales en las que ella se ve envuelta durante la semana, que las ubique de acuerdo la jerarquía de intensidad de cómo se presenten dichas situaciones.

Se le daban tareas para la casa, como, por ejemplo, leer, escuchar música de relajación, salir a caminar con su mamá, salir un momentito sola pero luego regresar rápido.

#### Novena sesión: Retroalimentación

Objetivo de la sesión. – Evaluar los avances de la intervención y a partir de ahí hacer una retroalimentación para verificar la manera como se está enfrentando el problema. También se hacen ejercicios en vivo para verificar la manera como está progresando el problema.

- Repaso de la tarea para casa que se programó en la sesión anterior, se describe lo que la paciente realizó, se refuerza todo lo que ha realizado correctamente y se aclaran las dificultades que haya tenido.
- Entrenamiento en habilidades sociales, específicamente en terapia de grupo pretende corregir las conductas y creencias desadaptativas que entorpecen las relaciones con los demás a través del feedback de los otros miembros del grupo y la estimulación para experimentar conductas más sanas, primero en el grupo y posteriormente en el mundo real.
- Tarea para casa leer el tema de autoestima para luego tratarlo en la siguiente sesión.

De manera paralela, la paciente es evaluada para verificar sus avances. Si hay alguna manera de corregir los errores es el momento de hacerlo. Se reprograma para subsanar los posibles problemas que se puedan presentar.

Decima sesión: Imaginación

Objetivo de la sesión. – Hacer ejercicios de relajación utilizando la imaginación

positiva para hacer frente a la realidad a la que se tiene que hacer frente en el

momento oportuno. Se le enseñan ejercicios donde se simula que la persona está

frente al lugar que le genera el conflicto.

• Repaso de la tarea para casa que se programó en la sesión anterior, se describe

lo que la paciente realizó, se refuerza todo lo que ha realizado correctamente y

se aclaran las dificultades que haya tenido.

Imaginación positiva; en la presente técnica se pretende que la paciente utilice

la imaginación para visualizar lo que le gustaría que ocurriera en realidad,

frente a determinado acontecimiento que le genera ansiedad, utilizando el stop

hasta que pase el momento ansiógeno.

Tarea para casa es volver a practicar las técnicas de relación y respiración, al

mismo tiempo con la imaginación.

De manera simultánea se revisan las tareas que se les ha ido dando durante la semana

evaluar los resultados.

Undécima sesión: Verificación de avances

**Objetivos de la sesión.** – Practicar las técnicas de relajación para medir los avances

de la intervención. Ya anteriormente la paciente ha estado haciendo frente a la

situación problemática y se evalúa los avances. Si ha habido algún problema, es el

momento de buscar alternativas de solución.

Repaso de las tareas para casa, levantando algunas dificultades presentadas

durante su ejecución.

En la presente sesión se repite la técnica de imaginación positiva; para lograr

que la adolescente gane seguridad y confianza en ella a través de imaginación

58

y consiga visualizarse lo que le gustaría que ocurriera en realidad, frente a

determinado acontecimiento que le genera ansiedad, utilizando el stop hasta

que pase el momento ansiógeno.

Tarea para casa es volver a practicar las técnicas de relación y respiración, al

mismo tiempo de imaginación.

De manera paralela se le pasan videos de situaciones fóbicas y se le consulta a la

persona si tiene respuestas emocionales problemáticas.

Duodécima sesión: Exposiciones en vivo

Objetivo de la sesión. – Se evalúa las respuestas emocionales de la persona cada vez

que ha hecho frente a la situación problemática.

Repaso de las tareas para casa, levantando algunas dificultades presentadas

durante su ejecución.

Técnica de exposición en vivo, con el objetivo de hacer frente a las conductas

de evitación, con el tema embarazo precoz, la paciente expondrá su tema en

grupo de tres adolescentes que están recibiendo soporte emocional y

orientación.

Tarea para casa, practicar las técnicas de relajación y respiración, así mismo

ensaye su exposición.

De forma simultanea se trabaja con la familia porque son ellos los que ayudan a que la

persona supere el problema.

Decimotercera sesión: Evaluación

**Objetivo de la sesión.** – Evaluar los avances de las intervenciones que se han venido

desarrollando.

En esta sesión se hace una evaluación de la tarea dejada la semana anterior, y establecer sesiones de apoyo y seguimiento cada un mes aproximadamente,

teniendo en cuenta lo aprendido durante las sesiones.

De manera simultánea se le ha pedido a la paciente que haga frente al problema para

evaluar los resultados.

Decimocuarta sesión: Aplicación de postest

Objetivo de la sesión. – Constantemente se están evaluando los resultados para que

se tenga éxito en lo que se está haciendo, es la mejor manera de tener en cuenta si los

avances están llevándose a cabo como debe ser.

• Cada vez que hay problemas se corrigen para hacer una retroalimentación de

los resultados.

De manera paralela se hacen registros de la conducta problema para ver los avances

de lo que se está haciendo.

Decimoquinta sesión: Avances y discusión de resultados

**Objetivo de la sesión.** – Discutir el avance de lo que se ha venido haciendo hasta la

actualidad y la manera cómo es que la paciente ha ido siguiendo las instrucciones.

En esta última sesión se valuó el avance de la intervención. En la tabla de

resultados se presentan.

Tabla 10 Número de sesiones

N° de Sesiones	TÉCNICA	DESARROLLO DE ACTIVIDADES
Sesión 01	Entrevista y Evaluación Psicológica	Recoger datos relevantes en la usuaria, evaluación Nivel Cognitivo.
Sesión 02	Aplicación de test	Medir los Niveles de ansiedad, perfil de habilidades Sociales, escala de autoestima.
Sesión 03	Entrega de resultados de la evaluación psicológica.	Brindarle a la madre los resultados de la evaluación psicológica y la explicación para iniciar del tratamiento terapéutico.
Sesión 04	Psicoeducación y Técnica de relajación	Características y consecuencias negativas de la ansiedad y Fobia Social.
Sesión 05	Repaso de la tarea de la sesión anterior, Psicoeducación.	Técnica de respiración diafragmática. Video triangulo de la salud.
Sesión 06	Reestructuración cognitiva Tarea para casa "Qué son los pensamientos negativos"	Identificar los pensamientos automáticos, distorsionados, mediante registro y el entrenamiento en sesión.
Sesión 07	Terapia racional emotiva	Debate de creencias irracionales e incorporación de creencias adaptativas mas racionales
Sesión 07	Psicoeducación en habilidades sociales	Se le proporciona una gama de posibilidades en los cuales ella se pueda desenvolver con sus amigos.
Sesión 08	Programa de actividades	Actividades en talleres de manualidades y deporte (vóley).
Sesión 09	Imaginación positiva	Se entrena al paciente para que utilice la imaginación para visualizar lo que le gustaría que ocurra en realidad.
Sesión 10	Imaginación positiva	Para que con la imaginación positiva la usuaria gane confianza y seguridad en ella.
Sesión 11	Autocontrol (autoobservación o autoregistro)	En una hoja registrar características positivas de sí mismo, se busca crear un hábito de auto observación.
Sesión 12	Exposición en vivo	Tema embarazo precoz y sus consecuencias
Sesión 13	Exposición en vivo grupo cerrado	La importancia de la

Sesión 14 Aplicación pos test

Sesión 15 Finalización

comunicación y sus tipos. De habilidades sociales, autoestima y ansiedad. Devolución de los avances de programa de intervención.

#### III. Resultados

# 3.1 Criterio de la paciente

Manifiesta la paciente que en la actualidad ya puede identificar con claridad aquellas situaciones que me generan ansiedad, puedo ahora controlar un poco la situación, ya no me desespero, no puedo negar que el miedo y el temor han desaparecido, pese a ello me está yendo muy bien en los talleres de manualidades, tengo nuevas amigos, estamos pensando con unas amigas participar en los talleres de verano del próximo año, como por ejemplo el de teatro o de música para aprender a tocar guitarra; mi mamá ha mejorado en el trato conmigo la siento más preocupada por nosotros, está más cercana, ya no me insulta. En la escuela los profesores me están apoyando en el sentido de darme intervenciones orales, he mejorado en mis calificaciones y estoy feliz por lo que me está pasando; aun me equivoco cuando expongo un tema, pero mis amigos me ayudan con su silencio y tomo la exposición, sé que lo estoy haciendo mucho mejor, la semana pasada participé de un compartir por el cumpleaños (16 años) que le hicieron a una de mis nuevas amigas(taller de manualidades), logre pasar una bonita tarde con ellas, fuimos todas mujeres, pude hacer nuevas amistades.

## 3.2 Criterio Terapéutico

Elizabeth es una buena paciente, de inicios se ha esforzado mucho, poniendo en práctica las estrategias brindadas en las sesiones, manifiesta sentirse fuerte y decidida para manejar situaciones sociales cotidianas y propias de su edad. En las sesiones de seguimiento se ha podido observar que Elizabeth ha ganado confianza en sí misma, es consciente que aún le falta por trabajar mucho y mejorar su comunicación, pero esto no la detiene, está con muchas ganas de apaciguar sus miedos y temores.

# 3.3 Criterio Funcional

Elizabeth presentaba un temor intenso a la interrelación social, principalmente de aquellas que tienen que ver con la crítica y la observación; al mismo tiempo de aquellas que tienen que ver con la evitación, para ello asume con responsabilidad y optimismo, poniendo en práctica lo aprendido. Dentro de los estímulos internos que presentaba ha podido cuestionar los pensamientos anticipatorios, cuanto estos influyen en su comportamiento, reconociendo los primeros síntomas de ansiedad y ejerciendo control sobre su cuerpo.

# 3.4 Línea Base en una semana

Tabla 11 Resultados del seguimiento en una semana

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
a)Temor salir a exponer en			X		X			2
clase								
b)Temor salir a fiestas de						X		1
cumpleaños.								
c)Temor de iniciar una	X			X		X	X	4
conversación.								
d) Pensamientos	X		X	X	X	X	X	6
anticipatorios								
e)Sintomatologías físicas	X		X	X	X	X	X	6
(dolor de barriga, dolor de								
cabeza, rubor facial,								
frialdad de manos,								
temblor de piernas,								
sudoración palmar,								
aceleración del ritmo								
cardíaco)								
f) Encerrarse en su	X		X	X	X	X	X	6
habitación								

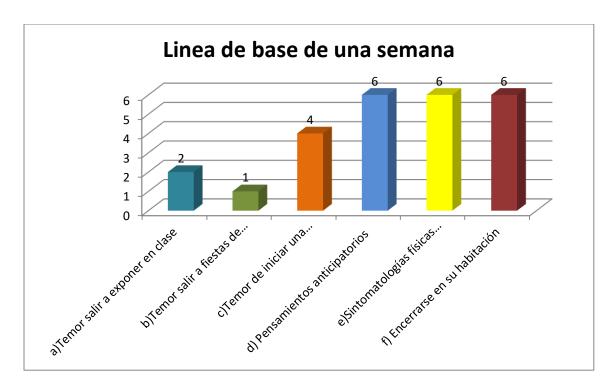


Figura 3. Línea base de una semana

# 3.5 Línea de tratamiento

Tabla 12 Resultados del Pre – test y Post Test

	Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI).	Escala de Habilidades Sociales (EHS).	Escala de autoestima de coopersmith (SEI)
Pre-test	Ansiedad Moderada (22-35)	Nivel Bajo (4)	Baja Autoestima (38)
Pos-test	Ansiedad muy baja (0-21)	Nivel tendencia bajo (27)	Categoría promedio (50)

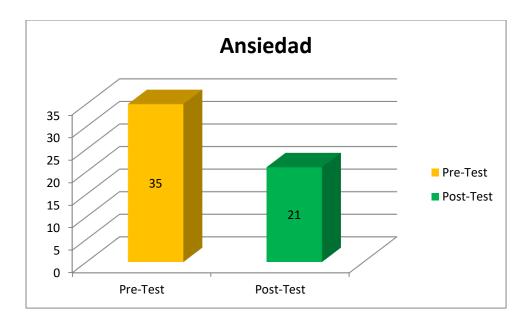


Figura 4. Resultados del Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)

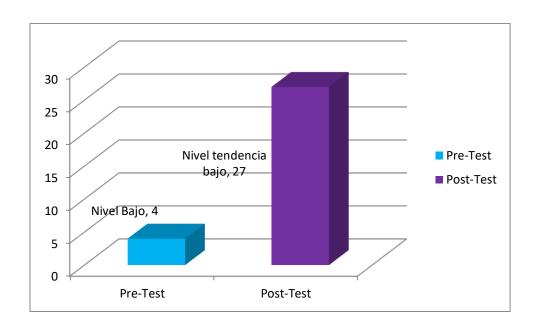


Figura 5. Resultados de la Escala de Habilidades Sociales

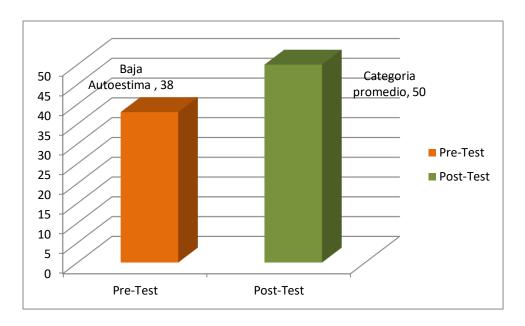


Figura 6. Resultados de la Escala de Autoestima de Coopersmith (SEI)

Tabla 13 Resultados del SEI escolar

# RESULTADOS DE SEI ESCOLAR

Nombre y Apellidos: Elizabeth Edad : 15

Año de Estudios3º SECUNDARIAFecha de Evaluación00/01/1900

SUB ESCALA	Ptje Bruto	Ptje SEI	Categoría
Sí Mismo General	14	53.9	PROMEDIO
Social Pares	4	<b>50</b>	PROMEDIO
Hogar Padres	3	37.5	BAJA AUTOESTIMA
Escuela	4	<b>50</b>	PROMEDIO
Escala General	1	<b>50</b>	PROMEDIO

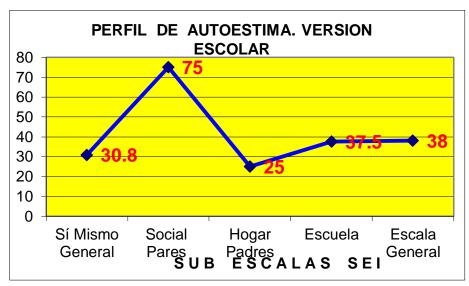


Figura 7. Perfil de Autoestima. Versión escolar

Tabla 14 Áreas de Niveles

AREAS	PUNT. DIR.	PTJE. BAR.	CATEGORIA
Auto exp. en sit.soc.	19	20	NIVEL BAJO
Def. prop. derechos cons.	11	20	NIVEL BAJO
Exp. enfado o disconf.	10	25	NIVEL BAJO
Decir no y cortar interac.	17	65	TEND. ALTO
Hacer peticiones	16	65	TEND. ALTO
Iniciar interac. + con sexo op.	11	30	TEND. BAJO
PUNTAJE TOTAL EAS	84	27	TEND. BAJO

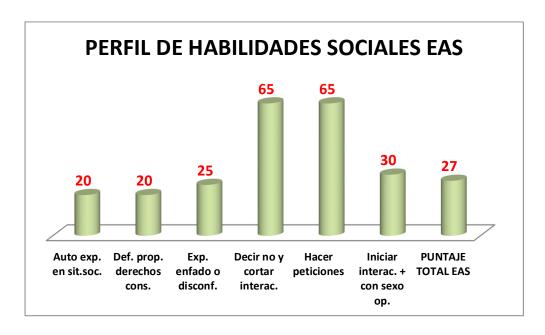


Figura 8. Perfil de Habilidades Sociales

## IV. Conclusiones

- Puedo concluir diciendo que el presente caso se dio por cumplido los objetivos específicos planteados.
- 2. La usuaria ahora es capaz de tener un mayor contacto social y poder incluirse en actividades nuevas con grupo de pares, así como incrementar su nivel de confianza.
- 3. Con los resultados obtenidos en el pre y post test, se comprueba una disminución en los niveles de ansiedad de la usuaria, así como el incremento de sus Habilidades Sociales y de su Autoestima.

#### V. Recomendaciones

- Realizar el respectivo seguimiento a la usuaria para un mejor de su comportamiento, ayudarla a superar algunas dificultades y evitar posibles recaídas.
- Educar a la madre en la técnicas cognitivo conductuales para que no refuerce la conducta de evitación, en situaciones específicas, por ser característica principal de dicho trastorno.
- Reforzar positivamente los esfuerzos alcanzados de la adolescente, para fortalecer el comportamiento valeroso, así como la generación de nuevas conductas que la ayuden a estar siempre fortalecida.
- 4. Instruir a la madre, así como a su entorno más cercano, a seguir ayudando a su hija a practicar las habilidades que se le enseñó en las sesiones con la psicoeducación, para garantizar el aprendizaje.

#### VI. Referencias

- Acevedo, A. (2014). Adaptación e implementación de un tratamiento cognitivo conductual para la fobia social. Trabajo de investigación, Universidad Católica de Colombia.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (DSM-IV). Texto revisado. Madrid: El Manual Moderno.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV). Texto revisado. Madrid. El Manual Moderno.
- Barlow, H.D. y Durand, M. (2002). Psicología anormal. Un enfoque integral. *Persona*, núm. 5 pp 244-246.
- Botella, C., Perpiña, C., Baños, R.M. y García-Palacios, A. (2003). Algunas explicaciones actuales sobre la fobia social. En C. Botella, R. Baños y C. Perpiña (Eds.), Fobia social: Avances en Psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social (pp 65-85) España: Paidós.
- Caballo, V. E. y Simón, M. A. (2002). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. España: Pirámide.
- Camilli, C.R. y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual. Definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*. Vol. 8, N° 1, pp 115-137.
- Clavijo, A. y Restrepo, M. (1989). Cuestionario para evaluar la ansiedad en público.

  Manuscrito no publicado, Servicio de Atención Psicológica, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Clark, D.M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. En W. R. Crozier y L.E. Alden (Eds.), *International Handbook of social anxiety: Concepts, research and*

- *interventions relating too the self and shyness* (p 405-4030). Londres: Jhon Wiley y Sons.
- Echeburúa, E. (1995). Evaluación y tratamiento de la fobia social. Barcelona: Martínez Roca.
- García-López, L., Piqueras, J.A., Díaz-Castela, M.D.M. e Inglés, C.J. (2008). Trastorno de ansiedad social en la infancia y adolescencia: estado actual, avances recientes y líneas futuras. *Psicología conductual*, 16(3), 501-533.
- Huamán, L.A. (2014). Prevalencia y factores de riesgo asociados a fobia social en adolescentes de un centro de preparación preuniversitaria, Arequipa, enero-2014.
  Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Arequipa.
- Huertas, L.K. (2018). Estudio de caso clínico.: Intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social. Tesis para optar el título profesional de licenciada en Psicología. Universidad Particular de San Martín de Porras. Lima.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2012). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*. Suplemento 1Volumen XXIX.
- Lindo, L., Vega, J., Lindo, M. y Cortés, J. (2005). Prevalencia de síntomas de fobia social en adolescentes varones del colegio Salesianos de Breña. *Revista de Neuropsiquiatría* 68(3-4) 2005.
- Mark, I.M. y Gelder, M.G. (1966). Different ages of onset in varieties of fhobia. *The American Journal of Psychiatry*, 123(2), 218-221.
- Olivares, J. (2001). Los problemas del adolescente normal. En C. Saldaña (Dir. y Coord.).

  Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente (pp19-40).

  Madrid: Pirámide.

- Olivares, J., García-López, L.J. y Vera-Villarroel, P.E. (2003). Fobia social: Revisión de los instrumentos de evaluación validados para población de lengua española. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen 35, N° 2 151-160.
- Overhosler, J. (2002). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Journal of contemporary Psychotherapy*, 32 (2-3), 125-144.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente.

  <a href="https://www.who.int/maternal\_child\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text">https://www.who.int/maternal\_child\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/#:~:text</a>

  =Un%20periodo%20de%20transici%C3%B3n%20de,10%20y%20los%2019%20a

%C3%B1os.

- Rey, C. (2006). Diagnóstico y tratamiento de la fobia social. Diagnóstico y tratamiento de la fobia social (primera fase) (Informe de investigación). Manuscrito no publicado, Unidad de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- Safir, R. (2014). La fobia social, un enfoque psicológico desde el enfoque cognitivoconductual. Facultad de Psicología. Universidad de la República de Uruguay.
- Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2003). *Tratamiento psicológico de la fobia social: Un estudio experimental. Análisis y Modificación de Conducta*, 1995, Vol. 21 N°76.
- Heimberg, R., Liebowitz, M., Hope, H. y Schneier, F. (1998). Terapia cognitivo-conductual versus terapia con fenelzina para la fobia social. *Archivos de Psiquiatría General*. EEUU.
- Vidal Fernández, Ramos-Cejudo y Cano-Vindel (2008). Perspectivas cognitivas en el tratamiento de la fobia social: Estudio de un caso clínico. Área humana, Centro de Psicología Clínica y Psiquiatría. Universidad de Complutense de Madrid.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.

VII. ANEXOS

		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severament
1	Torpe o entumecido.	0	0	0	- 0
2	Acalorado.	0	0	0	6
3	Con temblor en las piernas.	0	0	0	6
4	Incapaz de relajarse	0	0	0	0
5	Con temor a que ocurra lo peor.	0	0	0	0
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	0	0	0	6
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	0	0	0	0
8	Inestable.	0	0	0	0
9	Atemorizado o asustado.	0	0	0	0
10	Nervioso.	0	0	0	0
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamen
11	Con sensación de bloqueo.	0	0	0	0
12	Con temblores en las manos.	0	0	0	0
13	Inquieto, inseguro.	0	0	0	0
14	Con miedo a perder el control.	0	0	0	6
15	Con sensación de ahogo.	0	0	0	0
16	Con temor a morir.	0	0	0	е
17	Con miedo.	0	0	0	0
18	Con problemas digestivos.	0	0	0	6
19	Con desvanecimientos.	0	0	0	0
20	Con rubor facial.	0	0	0	0
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamen
21	Con sudores, frios o calientes.	6	6	0	6



AUTOCONOCIMIENTO: saber cómo soy, que me gusta y que me disgusta de mí.

AUTOCONCEPTO: creencias de sus cualidades personales (que sabemos de nosotros mismos)...

AUTOEVALUACIÓN: saber examinar mis acciones, reacciones, pensamientos y actitudes.

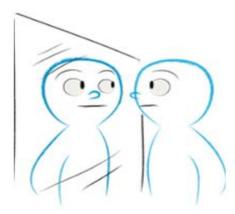
AUTOACEPTACIÓN: es la capacidad de integrar y acoger todas las

características de uno mismo. AUTORESPETO: consiste en atender los propios valores, expresar y manejar los sentimientos y emociones sin hacer daño ni culparse.



Lic. Hada Gabriela Mendoza Rojas. Psicóloga.

# MI AUTOESTIMA



La suma de la CONFIANZA y el RESPETO por uno mismo.

#### INTRODUCCIÓN:

LA AUTOESTIMA Es cómo nos sentimos sobre nosotros mismos, está compuesta de pensamientos y sentimientos sobre cómo somos y actuamos.

En cualquier nivel es una experiencia intima; reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso y siento sobre mí mismo; se va formado en la calidad de las relaciones con otros.

En la mayoría de las personas buscan la autoconfianza y el <u>autorespeto</u> en todas partes menos dentro de sí mismos y por ello fracasan en su búsqueda.

Cuando apreciamos la verdadera naturaleza de la autoestima, vemos que no es competitiva ni comparativa.

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merecer la felicidad por lo tanto enfrentar la vida con mayor confianza y optimismo, lo cual nos ayuda a alcanzar nuestras metas. Por tanto desarrollar el autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices.

#### TIPOS DE AUTOESTIMA





Factores que disminuyen nuestra autoestima

