



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL EN UN VARÓN ADOLESCENTE

**Línea de investigación:
Salud mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

Autora

Muñoz Gamarra, Eliana Virginia

Asesora

Casquero Zaidman, Miriam

ORCID: 0000-0003-0214-481X

Jurado

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Campana Cruzado, Frey

Talledo Sánchez, Karim Elisa

Lima - Perú

2024



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD SOCIAL EN UN VARÓN ADOLESCENTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	2%
4	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
5	qdoc.tips Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	idoc.pub Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO DE ANSIEDAD
SOCIAL EN UN VARÓN ADOLESCENTE**

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en

Terapia Cognitivo Conductual

Autora:

Muñoz Gamarra, Eliana Virginia

Asesora:

Casquero Zaidman, Miriam
ORCID: 0000-0003-0214-481X

Jurado:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Campana Cruzado, Frey
Talledo Sánchez, Karim Elisa

Lima – Perú

2024

Pensamientos

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

Aaron Beck

“Enseñamos a la gente a dañarse a si misma. No podemos cambiar el pasado, así que cambiemos cómo las personas piensan, sienten y se comportan hoy.”

Albert Ellis

Dedicatoria

A mi familia, por la confianza y apoyo que me han brindado durante mi formación y logro de mis metas, Dios los proteja y guie siempre en sus caminos.

Agradecimiento

Doy gracias a Dios por siempre guiarme y protegerme en cada paso de mi vida, por brindarme fortaleza para afrontar diversos momentos y vida misma para disfrutarla.

Agradezco profundamente a mi familia, por ser ese punto de impulso y soporte en cada objetivo y meta alcanzada y por inculcarme valores que me han permitido tomar adecuadas decisiones en cada paso de mi vida.

Mi sincero agradecimiento a mis docentes de la especialidad de Terapia Cognitivo Conductual de la Universidad Nacional Federico Villarreal, por su dedicación y compromiso para brindar sus amplios conocimientos en el proceso de aprendizaje.

Índice

Resumen	IX
Abstract	X
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Antecedentes	14
1.2.1 Antecedentes Nacionales	14
1.2.2 Antecedentes Internacionales	15
1.2.3 Fundamentación Teórica	17
1.3 Objetivos	14
1.4 Justificación	15
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	15
II. METODOLOGÍA	16
2.1 Tipo y diseño de Investigación	16
2.2 Ámbito temporal y espacial	16
2.3 Variables de Investigación	17
2.4 Participante / Sujeto	17
2.5 Técnicas e instrumentos	17
2.5.1 Técnicas	17
2.5.2 Instrumentos	26
2.5.3 Evaluación psicológica	29
2.5.4 Evaluación Psicométrica	39
2.5.5 Informe psicológico integrador	46
2.6 Intervención	56
2.6.1 Plan de intervención y calendarización	56
2.6.2 Plan de intervención	59
2.7 Procedimiento	59
2.8 Consideraciones éticas	59
III. RESULTADOS	84
3.1 Análisis de Resultados	84
3.2 Discusión de Resultados	89
3.3 Seguimiento	92

IV. CONCLUSIONES	93
V. RECOMENDACIONES	95
VI. REFERENCIAS	96
VII. ANEXOS	102

Índice de tablas

Tabla 1	Análisis Funcional	56
Tabla 2	Análisis Cognitivo	59
Tabla 3	Análisis Tradicional	60
Tabla 4	Calendarización del programa de intervención	62
Tabla 5	Sesión nº1	65
Tabla 6	Sesión nº2	67
Tabla 7	Sesión nº3	69
Tabla 8	Sesión nº4	71
Tabla 9	Sesión nº5	73
Tabla 10	Sesión nº6	74
Tabla 11	Sesión nº7	76
Tabla 12	Sesión nº8	78
Tabla 13	Sesión nº9	80
Tabla 14	Sesión nº10	82
Tabla 15	Sesión nº11	84
Tabla 16	Sesión nº12	85
Tabla 17	Fase de evaluación	86
Tabla 18	Fase de intervención	87
Tabla 19	Fase de seguimiento	88

Tabla 20	Inventario de Personalidad de Eysenck- Forma A en el pre test y post test	91
Tabla 21	Dimensiones del Inventario de Personalidad de Eysenck el pre test y post test ..	92
Tabla 22	Ansiedad social según la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en el pre test y post test	93
Tabla 23	Ansiedad social según dimensiones en la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en el pre test y post test	94
Tabla 24	Habilidades sociales según la Escala de Habilidades Sociales (EHS) en el pre test y post test	94
Tabla 25	Habilidades sociales según dimensiones la Escala de Habilidades Sociales (EHS) en el pre test y post test	97
Tabla 26	Escala de Unidades Subjetivas de Medida (SUDS) en el pre y post test	96

Resumen

El presente caso de intervención cognitivo conductual se realizó en un varón adolescente de 14 años, que se encontraba atravesando un cuadro clínico de ansiedad social manifestando síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales. El trabajo fue de tipo experimental, ya que su finalidad fue práctica, tomando conocimientos de la investigación básica para así aplicarlos y mejorar la calidad del fenómeno estudiado. Tuvo como objetivo general disminuir la sintomatología de ansiedad social mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual y como objetivos específicos, reducir la sintomatología fisiológica, disminuir las distorsiones cognitivas, reducir los síntomas emocionales y reducir la frecuencia de conductas motoras. El programa de intervención se realizó en 16 sesiones en un periodo de seis meses, empleando técnicas como respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, reestructuración cognitiva, distracción externa, desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales, obteniendo como resultados la disminución significativa de los síntomas de ansiedad social presentados, concluyendo como eficaz el proceso de tratamiento cognitivo conductual.

Palabras clave: ansiedad social, Intervención Cognitiva Conductual, técnicas cognitivo conductuales.

Abstract

The present case of cognitive behavioral intervention was carried out in a 14-year-old male adolescent, who was going through a clinical picture of social anxiety manifesting physiological, cognitive, emotional and behavioral symptoms. The work was experimental, since its purpose was practical, taking knowledge from basic research in order to apply it and improve the quality of the phenomenon studied. Its general objective was to reduce the symptoms of social anxiety through the application of a cognitive behavioral intervention program and as specific objectives, to reduce physiological symptoms, reduce cognitive distortions, reduce emotional symptoms and reduce the frequency of motor behaviors. The intervention program was carried out in 16 sessions over a period of six months, using techniques such as diaphragmatic breathing, progressive muscle relaxation, cognitive restructuring, external distraction, systematic desensitization and training in social skills, resulting in a significant decrease in the symptoms of social anxiety presented, concluding the cognitive behavioral treatment process as effective.

Keywords: social anxiety, Cognitive Behavioral intervention, cognitive behavioral techniques.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del problema

La ansiedad es experimentada por todas las personas, como una respuesta natural que sentimos ante una situación que podría ser estresante o amenazante, cuando los temores y preocupaciones se tornan persistentes y excesivos, se convierten en trastornos de ansiedad, que en la actualidad se han convertido en uno de los problemas más comunes de salud mental a nivel mundial.

Entre los trastornos más prevalentes, y como consecuencia de la escasa interacción social por la pandemia del COVID-19, se encuentra el trastorno de ansiedad social, que también es conocido como fobia social y se caracteriza por experimentar miedo o temor en situaciones de interacción o entornos sociales, en los que la persona podría sentir vergüenza y cohibición frente a otras personas, preocupación por el rechazo u ofensa de los demás, generando dificultades para establecer amistades, evitación del contacto social y el desarrollo de sintomatología ansiosa, como temblores corporales o sudoración previos a las situaciones o eventos sociales, afectando significativamente su desempeño en el entorno (Asociación Americana de Psicología [APA], s.f.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), manifiesta que durante el periodo de pandemia por COVID-19, la tasa de personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad y depresión en el mundo aumentó en un 25%, lo cual podría estar relacionado con los diferentes elementos estresores, originados por el aislamiento social a causa de la pandemia. Sumado a esto, se encontraban las dificultades en las condiciones y situaciones laborales y económicas; los temores respecto al contagio o en el peor de los casos a la muerte; las restricciones en la interacción social con la comunidad; la búsqueda y entrega de apoyo emocional en los seres queridos, y los procesos de duelo por las muertes ocasionadas por la enfermedad. Todos estos

funcionaron como factores generadores de ansiedad en la población, siendo los más afectados aquellos a quienes su salud mental se encontraba en un estado de mayor vulnerabilidad.

La OMS (2021) indica que, en la población adolescente, son los trastornos de ansiedad los más prevalentes y comunes entre los 15 a 19 años en un 4,6% y entre 10 a 14 años en un 3,6% presentando síntomas como cambios abruptos e inesperados en el estado de ánimo, retraimiento social, aislamiento, soledad, entre otros.

En la última década se ha presentado un incremento global en los trastornos de ansiedad en la población menor de 17 años, pasando de un 3,5% a un 4,1% y con mayor manifestación en trastornos de ansiedad social en el caso de los adolescentes, a quienes se les atribuye como factor desencadenante ante la timidez (Instituto de la Mente Infantil [CMI], 2018). Asimismo, el CMI (2018) señala que alrededor de 117 millones de niños y adolescentes a nivel mundial, han atravesado por un trastorno de ansiedad, generando consecuencias desfavorables en su ámbito social y educativo.

Según lo referido por el Ministerio de Sanidad de España (MSE, 2022), durante el 2020 la población española presentó en mayor frecuencia problemas de ansiedad. En el caso de los adolescentes de 15 años a más, el 5,84% manifestó presentar diagnóstico de trastornos de ansiedad crónica, siendo el 3,5% varones y el 8,06% mujeres.

En Estados Unidos, el 9% de la población adolescente, califica con las características para ansiedad social que podría perdurar hasta la adultez y señalando como factores de riesgo algunas características del temperamento que posteriormente se concretan en conductas como el retraimiento e inhibición en la infancia, que posteriormente podrían generar aislamiento social. Las estadísticas refieren que el 15% de los adolescentes que presentan características de timidez e inhibición, suponen una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad social (CMI, 2018).

En el caso de Sudamérica, según señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), los trastornos de ansiedad son la segunda causa de discapacidad en la mayoría de los países de la región, siendo Brasil el que encabeza la lista con un 7,5%, seguido de Paraguay con un 6,8%, Chile con un 5,5%, Argentina con un 5,4%, Colombia y Perú con un 5,3%, y Ecuador y Uruguay con un 5.2%, Bolivia con un 4,9% y Venezuela con un 3,6% de población que presenta algún trastorno de ansiedad.

Lo notificado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021), reporta que la pandemia ha puesto en riesgo la salud mental de los adolescentes en América Latina y el Caribe, manifestando que la ansiedad social y depresión simbolizan la mitad de los trastornos mentales que atraviesan los adolescentes en esa región, atribuyéndolo a las medidas del confinamiento y el aislamiento social de su grupo de pares.

Según lo reportado por el Ministerio de Salud de Colombia (MINSALUD, 2018), manifestó que el trastorno de ansiedad social en la niñez y adolescencia se presentó con una frecuencia de 554 personas en promedio atendidas anualmente.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSALUD, 2021), informó que se atendieron 261, 197 casos de ansiedad, los cuales se incrementaron a causa de los efectos negativos en la salud mental por la pandemia del COVID-19. Así también el MINSALUD (2020) manifiesta que, durante los meses de abril y mayo, los síntomas ansiosos fueron la segunda causa de motivos de consulta en las líneas telefónicas de apoyo psicológico, alcanzando un 12,68%. Además, señala que el porcentaje de atendidos fueron menores de a 12 a 17 años correspondía al 0.9%, refiriendo que las principales causas eran por preocupaciones relacionadas al temor al contagio o de familiares, y la incertidumbre con respecto a la enfermedad.

El Gobierno del Perú (2019) refiere que, en la población menor de 18 años, el 5% de ellos presenta trastorno de ansiedad social, siendo la segunda causa de temas de salud mental.

De acuerdo con estas cifras encontradas, se observan las investigaciones que se han venido realizando sobre el aumento de esta problemática, la cual es un motivo para continuar aportando recursos en nuestro contexto sobre la intervención psicológica para la ansiedad social en beneficio de nuestra población. Por ello, el presente trabajo académico expone ampliamente un programa de intervención cognitivo conductual para el tratamiento de un caso de ansiedad social, de manera que sea un elemento de contribución para la salud mental de la comunidad.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Mendoza (2020) realizó un tratamiento cognitivo conductual titulado *Terapia cognitivo conductual aplicada a una adolescente con fobia social*, de 15 años y con el objetivo de reducir de los niveles de ansiedad para mejorar su autoestima y desarrollar sus habilidades sociales. Se emplearon instrumentos de evaluación psicométricos como el cuestionario de ansiedad de Beck (BAI), el cuestionario de Habilidades Sociales y Escala de autoestima de Coopersmith- SEI. La duración del tratamiento fue de 15 sesiones donde se emplearon técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y exposición graduada. Los resultados mostraron la eficacia de la intervención al disminuir la sintomatología ansiosa según la evaluación de pre y post tratamiento realizado.

Riveros (2019) desarrolló una intervención cognitivo conductual titulada *Estudio de caso clínico: fobia social*, en el caso de una adolescente de 16 años, con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad y facilitar el desempeño en situaciones de carácter social. Para esta investigación se utilizó el diseño univariable multicondicional ABA, y para el diagnóstico se emplearon instrumentos de evaluación como el Perfil Clínico para Adolescentes (MACI), el Inventario de Situación y Respuesta de Ansiedad (ISRA), el Cuestionario del Estado de Ansiedad Social (CEAS) y el Cuestionario de Habilidades Sociales. El plan de tratamiento se

trabajó en 25 sesiones de una hora de duración, en un periodo de cuatro meses, incluyendo técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales. Mediante un sistema de evaluación de pre y post test, se logró mejoría clínicamente significativa, concluyendo con la efectividad del tratamiento propuesto.

Huertas (2018) aplicó un programa de intervención cognitivo conductual a un adolescente de 17 años, estudiante de quinto de secundaria. El programa se tituló *Estudio de caso clínico: intervención cognitivo conductual en un caso clínico de fobia social*, con el objetivo de mejorar el estado afectivo y emocional del paciente mediante las técnicas de modificación de pensamientos distorsionados por otros más funcionales que le permitieran adaptarse adecuadamente a diferentes situaciones sociales. La intervención constó de 19 sesiones terapéuticas donde se desarrollaron diferentes técnicas cognitivas conductuales como reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, desensibilización sistemática, exposición en vivo y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados evidenciaron la eficacia de la intervención, la cual fue medida a través de un pre y post test del tratamiento realizado.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Fajardo (2018) realizó un programa de intervención de enfoque cognitivo conductual titulado *Intervención Cognitivo Conductual en un paciente con fobia social de 15 años*, a un adolescente con dicho diagnóstico. El objetivo de este trabajo fue describir la efectividad e impacto de la terapia cognitivo conductual para el abordaje de su caso. Para la determinación del diagnóstico se emplearon instrumentos de evaluación como el Inventario de Beck, la Escala de temor a la Evaluación Negativa (F.N.E.), la Escala de Evitación y Malestar Social (SAD) y la Escala de Habilidades Sociales. La intervención se concretó en 13 sesiones de 45 minutos de duración, en las cuales se trabajaron técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, exposición y entrenamiento en habilidades sociales, obteniendo como resultado la eficacia del

tratamiento, indicando en la paciente disminución de la sintomatología ansiosa y de las conductas de evitación.

Sotelo (2018) trabajó un programa de intervención a un paciente con ansiedad social de 17 años, titulado *Fobia social y terapia cognitiva: un estudio de caso basado en la evidencia*, empleando el modelo cognitivo conductual y la metodología tipo ABA. El objetivo de este trabajo fue intervenir y modificar la condición psicopatológica del paciente. Para la evaluación empleó instrumentos psicométricos como el Inventario de Ansiedad-fobia social y la Escala de ansiedad-evitación social y en el tratamiento desarrollo técnicas de relajación, técnicas cognitivas, juego de roles, entrenamiento en asertividad y técnicas de exposición. El tratamiento logró denotar eficacia al reducir los síntomas ansiosos y manifestar mejorías en el desempeño en la interacción social.

Córdova (2019) desarrolló un tratamiento con técnicas de enfoque cognitivo conductual titulado *Trastorno de fobia social y su incidencia en el ámbito académico en un paciente de 15 años*, con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa y mejorar su actividad social. Para el proceso intervención utilizó técnicas de relajación como respiración diafragmática, técnicas de modificación de pensamientos como el diálogo socrático, además de desensibilización sistemática y role playing. Los resultados obtenidos evidenciaron la eficacia del tratamiento al permitir mejorar el desarrollo de las respuestas del paciente en situaciones sociales, las cuales fueron evaluadas mediante y pre y post test.

1.2.3. Fundamentación teórica

1.2.3.1. Ansiedad social. Camilli y Rodriguez (2008, como se citó en Arslam, 2016) definen a la ansiedad social como necesaria para desempeñarse en situaciones de importancia y relacionarse con el entorno adecuadamente, funcionando como un mecanismo que puede promover el cumplimiento de un objetivo. Sin embargo, quienes la padecen suelen interpretar estas situaciones, incluso de manera anticipada a su ejecución, de una forma más intensa bajo

la creencia de estar constantemente siendo observados y juzgados negativamente por los demás.

Baños et al. (2003, como se citó en Camilli y Rodriguez, 2008) definen lo siguiente:

Las personas que sufren de ansiedad social asumen las situaciones sociales con mayor intensidad, tornándose perturbadoras e incapacitantes, definiéndose este trastorno como un marcado miedo a (y muchas veces evitación de) situaciones en las que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros, o a que se noten sus síntomas de ansiedad. La persona piensa que va a ser observada y evaluada por los demás (lo cual no necesariamente es así), evaluación que pudiera tener un resultado negativo y con consecuencias perjudiciales para su persona. (pp.118-119)

Beck y Clark (2012) definen como característica principal de la ansiedad social al miedo persistente y continuo a las situaciones sociales o públicas por temor a que resulten vergonzosas, causando que la persona experimente un temor intenso desde que empieza a imaginar anticipadamente una posible exposición a situaciones sociales cotidianas y sencillas. La ansiedad proviene del temor a la evaluación negativa de los demás, que generará en la persona emociones como vergüenza y humillación, provenientes de la forma en cómo la persona puede comportarse socialmente y ante la posibilidad de mostrarse en evidencia a los demás con conductas como hablar de forma extraña, equivocarse o cometer errores o actuar de una forma vergonzosa; es por ello que la persona suele ser muy consciente de su comportamiento y tiende a criticarse negativamente por su desempeño haciendo que generalmente reaccione con inhibición, dificultades en la comunicación, tensión y rigidez concluyendo en un desempeño social desadaptativo que es percibido por los demás.

La APA (2021, como se citó en Caballo, 2002) define:

La ansiedad social es un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al

posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera, o mostrar síntomas de ansiedad, que puedan ser humillantes o embarazosos. (p.26)

1.2.3.2. Intervención cognitivo conductual. Luterek et al. (2003 como se citó en Camilli y Rodríguez, 2008) describen:

La terapia cognitivo conductual es un enfoque de terapia de tiempo limitado, orientado a que el propio paciente sea el agente de cambio. La relación entre el paciente y el terapeuta es cercana: el terapeuta orienta a sus pacientes en el entrenamiento de nuevas habilidades sociales, logrado al promover nuevas formas de abordar y experimentar las situaciones que le producen ansiedad: «Se centra en cambiar los sistemas disfuncionales de creencias y los patrones de evitación conductual. (p.122)

Ruiz et al. (2012) indican que la terapia cognitivo conductual es considerada como un grupo de técnicas que demuestran eficacia, que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales de la persona, pero que se encuentran desarrollándose de forma desadaptativa, las cuales han sido producto de su historia de aprendizaje hasta convertirse en respuestas habituales en su conducta. Por ello mencionan que este tipo de intervención trabaja con parámetros de tiempo para su ejecución y se interesa por educar al paciente sobre los trastornos presentados y los procedimientos que se desarrollarán.

Brewin (1996, como se citó en Lega et al., 2002) refiere que la terapia cognitivo conductual se asocia a un grupo de terapias que involucran intervenciones conductuales, a través de las cuales se pretende reducir las conductas y emociones desadaptativas del sujeto, para lograr la modificación de su comportamiento, por uno más adaptativo. Así mismo, involucra técnicas de intervención cognitivas, que buscan también la reducción de las conductas y emociones desadaptativas, pero a través de la modificación de los patrones de pensamiento del sujeto. Estos tipos de intervenciones coinciden en la idea de que las respuestas desadaptativas actuales del individuo provienen de un aprendizaje previo adquirido, por lo que

el objetivo de la terapia es disminuir el malestar o las conductas indeseadas, ya sea eliminando lo aprendido o brindando nuevas experiencias de aprendizaje más funcionales.

1.2.3.3. Técnicas cognitivo conductuales. La terapia cognitivo conductual se compone de una amplia gama de técnicas mencionadas a continuación:

A. Técnicas operantes. Ruiz et al. (2012) indica que cuando hablamos de incrementar o mantener conductas, existen procedimientos eficaces como el reforzamiento, siendo de tipo positivo o negativo que se trabajan mediante programas que indican los requisitos o condiciones bajo los cuales se deben aplicar para obtener resultados óptimos. En el reforzamiento positivo la conducta deseada se realiza y repite con más frecuencia, tras haber presentado un estímulo agradable por su ejecución, y en el reforzamiento negativo la conducta aumenta en frecuencia por el hecho de haber quitado o eliminado un estímulo desagradable tras haber realizado la conducta esperada.

Los autores también refieren que para fomentar nuevas conductas que el paciente no realiza, se emplean tres técnicas: el moldeamiento (refuerzo de aproximaciones en pasos), encadenamiento (secuencia de pasos que forman una cadena para una conducta completa) e instigación (guía de aproximaciones sucesivas), y para la reducción de conductas se puede lograr bajo tres herramientas: el reforzamiento diferencial (reforzando otras conductas posibles), extinción (eliminar el refuerzo de una conducta que anteriormente se reforzaba) y castigo (que puede ser positivo o negativo).

B. Programas de economía de fichas. Joseph (2008, como se citó en Sobeida, 2018) indica que la técnica de economía de fichas ayuda a modificar conductas mediante el uso de fichas o elementos asignados como tal a fin de recompensar o corregir, para así fomentar conductas más saludables y que generalmente es empleada con más eficacia y atractivo en niños, dada la naturaleza de su procedimiento.

C. Contratos de contingencias. Ruiz et al. (2012) señalan que un contrato de contingencias es un acuerdo que indica los comportamientos que se desea fomentar o extinguir en una persona, en el cual se establecen también las secuelas si es que los términos no se cumplen.

D. Técnicas de exposición. Ruiz et al. (2012) indican que existen tres tipos de técnicas de exposición: en vivo, simbólica y en grupo; y las tres se basan en la presentación del paciente ante el estímulo temido o detonante de la ansiedad, pero se diferencian en cuanto a su presentación, intensidad, duración, frecuencia y apoyo.

Caballo (2002) señala que es de suma importancia determinar los objetivos y tareas con precisión para el correcto desarrollo de esta técnica, ya que son aquellos elementos a los que el consultante teme o evita, y que están ocasionando malestar en su vida, por lo que cada tarea, deberá aplicarse paso a paso para el logro de un objetivo.

E. Desensibilización sistemática. Neria (2017) señala que la desensibilización sistemática es una técnica que se enfoca en disminuir las reacciones ansiosas y conductas evitativas frente a determinadas situaciones o elementos, siendo una de las primeras técnicas para la modificación de conducta. Además, refiere que el proceso de esta estrategia es presentar diversos estímulos que finalmente generen automáticamente respuestas opuestas a la ansiedad, impidiendo su curso o evitación.

F. Técnicas de relajación. Reynoso y Seligson (2005) consideran a la relajación como una estrategia primordial para la psicología clínica de la salud y que es utilizada en diversos programas de intervención para la reducción de la ansiedad en los consultantes, y se basa en distintos procedimientos como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y la relajación autógena.

Martinez-González et al. (2018) señalan que la técnica de respiración profunda se comprende como una técnica para la relajación, describiendo lo siguiente:

La respiración profunda, también conocida como respiración diafragmática o abdominal, consiste en respirar profundamente (hiperventilación) para que el cuerpo reciba un suministro completo de oxígeno, a diferencia de la respiración superficial, que no le proporciona al cuerpo el aire suficiente, la respiración profunda reduce el ritmo cardíaco y estabiliza la presión sanguínea. (p. 15)

Schwarz y Schwarz (2017) señalan que la relajación muscular enseña a tomar consciencia de la contracción muscular y distinguir la tensión en ellos, a través de la contracción se produce el cansancio muscular que se mantiene unos segundos para proceder a la relajación, y como consecuencia de este proceso es que la tensión se reduce, aparece una sensación de calma y desaparece el estrés.

Schultz y Luthe (1969, como se citó en Reynoso y Seligson, 2005) describen que en la relajación autógena se enseña al paciente a inducirse en un estado de relajación profundo, mediante el uso de autoafirmaciones positivas hacia distintas partes del cuerpo, de manera que se asocien con emociones de calma.

G. Modelado. Álvarez et al. (2019) mencionan lo siguiente acerca de la técnica de modelado:

El modelado consiste en hacer una o varias demostraciones para que el cliente vea ejemplos de cómo pueden ponerse en práctica las instrucciones y la demostración la realiza un colaborador de la psicóloga o una o varias personas del grupo de entrenamiento que debe poner en práctica las instrucciones para iniciar una conversación, y una persona del grupo actúa como interlocutor. (p. 24)

H. Entrenamiento en Habilidades Sociales. Ruiz et al. (2012) indica que el entrenamiento en habilidades sociales emplea una serie de estrategias para favorecer y mejorar el desempeño del individuo en sus relaciones interpersonales y comunicativas, además de que el déficit de habilidades sociales podría generar problemas emocionales y desadaptación

manifestada principalmente en aislamiento social. Por ello se ha convertido en una estrategia de intervención recurrente en el tratamiento de la ansiedad social y su directa influencia en las otras áreas de vida del sujeto.

I. Reestructuración cognitiva. Bados y García (2010) refiere que la reestructuración cognitiva pertenece a las técnicas cognitivo-conductuales más empleadas dentro del grupo de estrategias que posee la terapia cognitivo conductual, y consiste en que el paciente reconozca y cuestione sus pensamientos disfuncionales y reemplazarlos o unos más adaptativos, disminuyendo la perturbación emocional y conductual que le producen. Este conjunto de pensamientos, son tan solo “posibilidades” en las que cree el paciente, porque es necesario trabajarlas con el terapeuta para determinar su validez mediante una serie de cuestionamientos y experimentos situacionales para probar dichas hipótesis y concluir sobre la utilidad de estas.

Además, la reestructuración cognitiva en combinación con otras técnicas ha demostrado efectividad con trastornos de ansiedad, depresión, entre otros.

J. Técnica de la triple columna. Burns (1995) menciona que la técnica de la triple columna o columnas paralelas puede emplearse para la reestructuración en la manera de pensar, con el objetivo de sustituirla, por pensamientos racionales más funcionales y objetivos, siendo las autocríticas ilógicas e irracionales las que aparecen automáticamente, perturbando la mente cuando ocurre un suceso negativo. En el desarrollo de esta técnica, se emplean los pensamientos automáticos recurrentes, para identificar la distorsión cognitiva a la que pertenece y generar un pensamiento racional empleando la refutación y la autocrítica, tomando en cuenta lo que era ilógico con respecto a su pensamiento.

1.2. Objetivos

Objetivo general:

- Disminuir la sintomatología de ansiedad social en un adolescente mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual.

Objetivos específicos:

- Reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad social: presión en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, sensación de falta de aire y sudoración de manos, mediante las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
- Disminuir las distorsiones cognitivas: catastrofismo, pensamiento dicotómico, lectura de pensamiento, filtraje y magnificación mediante el autorregistro y las técnicas de la triple columna y reestructuración cognitiva: diálogo socrático, descubrimiento guiado y autoinstrucciones.
- Reducir los síntomas emocionales de miedo y sentimiento de culpa a través la técnica de distracción externa.
- Reducir la frecuencia de conductas motoras como hablar muy rápido y trabarse, disminuir el tono de voz, quedarse callado y decir excusas, mediante las técnicas de desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales: entrenamiento asertivo y ensayo conductual.

1.4. Justificación

A nivel práctico, este programa de intervención se justifica en la preparación y desarrollo de una guía de intervención clínica para el tratamiento de un caso de ansiedad social que contribuye como un modelo para los psicólogos para la intervención en pacientes con características similares, brindando estrategias y uso de técnicas cognitivo-conductuales dirigidas al caso.

A nivel metodológico, la presente investigación planteó procesos metodológicos ordenados secuencialmente según el modelo cognitivo conductual, para la intervención y desarrollo del caso clínico, así como el logro esperado de los objetivos terapéuticos.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico:

Este caso clínico es un aporte para el contenido científico y como evidencia de la efectividad de la intervención cognitivo conductual para la problemática de ansiedad social en adolescentes. El estudio permite beneficiar al paciente, con la intervención desarrollada, logrando adquirir estrategias que le permitieron disminuir creencias irracionales, reducir la sintomatología fisiológica, reducir la frecuencia de conductas motoras problema e incrementar sus habilidades sociales para el manejo de sus emociones y adaptación óptima en su entorno.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente caso clínico fue de tipo experimental aplicado, ya que su finalidad fue práctica, tomando conocimientos de la investigación básica para así aplicarlos y mejorar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger, 2002).

El diseño fue experimental de caso único modelo A-B, que incluye dos fases, una evaluación previa al programa de intervención (A) y una fase posterior al tratamiento (B), observando los resultados obtenidos en el sujeto. Según Hernández et al. (2014, como se citó en Salgado - Lévano, 2018).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El caso clínico se realizó en la ciudad de Chiclayo en un Centro de Atención Psicológica Privado, llevándose a cabo un programa de intervención de 16 sesiones psicoterapéuticas.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. *Variable dependiente. Ansiedad social*

La APA (2014) señala: “La característica esencial del trastorno de ansiedad social es un marcado o intenso miedo o ansiedad a las situaciones sociales en las que el individuo puede ser analizado por los demás” (p.203). Así mismo, refiere que cuando la persona se enfrenta a situaciones de carácter social, experimenta temor que lo juzguen desfavorablemente, por lo que muestra temor a actuar, manifestarse de cierta forma o evidenciar que experimenta sintomatología ansiosa (sudoración, temblores corporales, evitación del contacto visual, tartamudeo, etc.) que podría ser percibida por los demás y generar una impresión negativa.

2.3.2. *Variable independiente. Terapia Cognitivo Conductual*

Brewin (1996, como se citó en Lega et al., 2002) refiere que la terapia cognitivo conductual se asocia a un grupo de terapias que involucran intervenciones conductuales, a

través de las cuales se pretende reducir las conductas y emociones desadaptativas del sujeto, para lograr la modificación de su comportamiento, por uno más adaptativo. Así mismo, involucra técnicas de intervención cognitivas, que buscan también la reducción de las conductas y emociones desadaptativas, pero a través de la modificación de los patrones de pensamiento del sujeto. Estos tipos de intervenciones coinciden en la idea de que las respuestas desadaptativas actuales del individuo provienen de un aprendizaje previo adquirido, por lo que el objetivo de la terapia es disminuir el malestar o las conductas indeseadas, ya sea eliminando lo aprendido o brindando nuevas experiencias de aprendizaje más funcionales.

2.3.3. *Variable control*

Sexo, edad, grado de instrucción.

2.4. Participante

El paciente es una persona diagnosticada con ansiedad social, de sexo masculino de 14 años de edad, natural de la ciudad de Chiclayo, departamento de Lambayeque. Es estudiante del 3er grado de educación secundaria, religión católica y vive en su hogar, siendo su familia de tipo nuclear.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. *Técnicas*

Las técnicas usadas en el presente caso clínico son las siguientes:

2.5.1.1. Psicoeducación. la técnica de psicoeducación permite orientar y reconocer con mayor comprensión y claridad, el problema que presenta el paciente, para así encaminar correcta y simultáneamente su tratamiento aportando a su calidad de vida (Bulacio et al., 2004).

La psicoeducación se conceptualiza como una aproximación al tratamiento terapéutico, en el cual se le brinda la paciente toda la información pertinente acerca de su trastorno, incluyendo el proceso de tratamiento, que contienen una base científica y validez correspondiente a la intervención de su caso. El uso de esta técnica favorece la adherencia al

tratamiento, porque al tener un conocimiento completo del mecanismo del trastorno, incluyendo sus causas, consecuencias e impacto, favorece la comprensión de la situación que se está atravesando y así fomenta una actitud colaboradora con conductas saludables y ayuda a controlar las que puedan ser de riesgo para el trastorno (Godoy et al., 2020).

Caballo (2002) señala que en este proceso se brinda al paciente una explicación detallada y con información actualizada sobre la problemática, incluyendo todas las manifestaciones clínicas, es decir los síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales; así como las situaciones a las que suele experimentar mayor temor, la influencia de los factores genéticos y el curso en el que se desarrolla esta problemática. Finalmente se procede a explicar los principios y aspectos básicos del programa de tratamiento, la utilización de las técnicas con las que se va a intervenir y la eficacia obtenida en este tipo de tratamiento.

2.5.1.2. Respiración diafragmática. Ruiz et al. (2012) señala que mediante esta técnica se busca establecer una secuencia respiratoria apropiada a nivel fisiológico, y que así se logre reducir las alteraciones respiratorias. Hay ciertos aspectos a considerar para realizar este ejercicio como la postura en la que generalmente se puede llevar a cabo, la duración del proceso de inhalación y exhalación, el medio de inhalación, la capacidad respiratoria, fluidez y si existe alguna condición respiratoria previa que pueda causar dificultades.

Los autores explican que para este proceso se debe iniciar adquiriendo una postura de comodidad, ya sea acostado, sentado o semi acostado, y colocar ambas manos en el abdomen de manera que estén una sobre la otra, mientras se induce a la imagen mental de que el abdomen contiene una bolsa vacía dentro y así iniciar la respiración, tomando consciencia de la toma de aire y llenado de la bolsa, prestando atención al movimiento que se produce en el proceso. Al tomar el aire se va notando como se va llenando el aire de la bolsa y como esa onda de movimiento por la respiración llega hasta la zona de los hombros, por lo que este proceso de inspiración puede tomar de 3 a 5 segundos; y mientras esto se produce, se va repitiendo

mentalmente la frase de “mi cuerpo está relajado”, y posteriormente se exhala el aire lentamente que también puede ir acompañado de frases que induzcan y refuercen la relajación. Este proceso se va a repetir de 4 a 5 veces consecutivas, y diariamente entre 10 a 15 veces cuando sea necesario.

2.5.1.3. Relajación muscular progresiva de Jacobson. Chóliz (2014) indica que la relajación muscular progresiva busca generar un nivel de relajación total para la autorregulación del organismo, mediante una serie de ejercicios basados en la tensión y distensión muscular agrupados para su desarrollo. Este ejercicio inicia trabajando con dieciséis grupos musculares durante un promedio de 30 a 40 minutos por sesión y conforme se va entrenando en esta técnica, se va disminuyendo a cuatro el número de áreas o grupos musculares (brazos, cabeza, tronco y piernas) y también la duración de la técnica.

Ruiz et al. (2012) señala que este proceso inicia tensando y destensando los músculos que han sido agrupados, siendo conscientes de las sensaciones experimentadas en cada una de las fases. En la fase de tensión, el movimiento de contracción que se realiza para tensar debe ser notorio, para que se pueda realmente sentir el movimiento y las sensaciones que produce al tensar, esto irá permitiendo diferenciar las sensaciones percibidas en cada fase con mucha más claridad, aportando a que en la fase de relajación se pueda ahondar aún más. Posteriormente, se prosigue con la fase de distensión, para lo cual no se debe realizar ningún esfuerzo, basta con mantener en calma los músculos, notando como estos retoman su forma al soltarse por la tensión. Este proceso se va trabajando de forma progresiva, por lo que al inicio se trabaja con 16 grupos musculares y cada uno tiene su forma de ejercer el proceso de tensión y relajación, iniciando por la mano y antebrazo dominantes logrando la tensión al apretar el puño dominante, luego sigue el brazo dominante logrando la tensión al apretar el codo contra el brazo del sillón, luego se continúa con la mano y antebrazo no dominantes y el brazo no dominante por separado, repitiendo el método de apretar el puño y el codo contra el brazo del sillón

respectivamente; se continúa con la frente y para lograr la tensión se levantan las cejas con los ojos cerrados arrugando también la frente, luego se continúa con los ojos y nariz logrando la tensión al apretar los párpados arrugando la nariz, se procede con la boca que alcanza su punto de tensión al apretar las mandíbulas contra el pecho sacando la barbilla al frente lo cual produce que se presione el paladar con la lengua; se continúa con el cuello y la garganta logrando su punto de tensión al empujar la barbilla contra el pecho haciendo fuerza pero sin que llegue a tocarlo, luego continúa la zona de pecho, hombros y parte superior de la espalda, que logra su punto de tensión al arquear la espalda como si se fueran a unir los omóplatos; luego se procede con la región abdominal y para tensarla es necesario colocar el estómago duramente; a continuar con la zona de los muslos para los cuales hay que apretarlos contra el sillón; siguiendo con la pantorrilla dominante logrando su tensión al doblar los dedos del pie dominante hacia arriba; se sigue con el pie dominante que para lograr su tensión se debe doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo, y se finaliza repitiendo este proceso con los tres últimos pasos en los miembros no dominantes.

2.5.1.4. Técnica de la triple columna. Caro (2011) menciona que esta técnica puede emplearse basada en el instrumento de autorregistro, para extraer los pensamientos distorsionados e ir variando el número de columnas en función de las decisiones del tratamiento. Se pueden realizar variedad de formatos acorde a lo necesario para la intervención como tres columnas de pensamiento, distorsión cognitiva y respuesta racional; u otra modificación de cuatro columnas como situación, pensamiento, emoción y respuesta racional. Para cualquiera de los casos se ayuda al paciente explicando cómo se relacionan sus pensamientos con sus emociones y sus conductas, por lo que es necesario ir trabajando poco a poco con el consultante.

Beck et al (2010) señalan respecto a la técnica de la triple columna:

Esta técnica inicia en anotar las cogniciones del paciente y sus respuestas en columnas paralelas a fin de poder analizar el contenido de sus pensamientos y así lograr modificarlos. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una “respuesta razonable” a cada cognición en otra columna. Se pueden incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió a la cognición. (pp.157)

Es así que el número de columnas puede ser variable de acuerdo a lo que requiera el paciente, pero se apoya con una hoja de registro para que pueda anotar sus pensamientos de forma ordenada y adecuada y generalmente los encabezados de las columnas son los siguientes: datos, situación, emoción, pensamientos automáticos, respuesta racional y resultado. Aquí el terapeuta deberá explicar a detalle el desarrollo de la hoja de registro previamente habiendo explicado al paciente en qué consisten sus cogniciones o pensamientos automáticos, para lo cual se le puede ir brindando ejemplos de estos y de sus alternativas racionales hasta su comprensión. Es indispensable también enseñar al paciente a evaluar el grado de su malestar emocional y el realismo con el que percibe sus pensamientos distorsionados, para así asegurar que el paciente realmente anote pensamientos válidos, posteriormente el terapeuta intentará desarrollar la objetividad del paciente respecto a sus creencias para demostrar la relación entre sus pensamientos negativos, las emociones desagradables y las conductas disfuncionales que presenta y finalmente lograr la diferenciación entre la realidad de los sucesos y aquellos que el paciente interpreta distorsionadamente.

2.5.1.5. Diálogo socrático. DeRubeis et al. (2001, como se citó en Caro, 2011) señalan que esta estrategia se basa en realizar cuestionamientos para identificar y reconocer las dificultades que los patrones de pensamiento distorsionados producen en el paciente.

Caballo et al. (2002) mencionan:

El diálogo socrático es un tipo de debate cognitivo que busca modificar las creencias erróneas de la persona mediante el uso de preguntas con consistencia lógica o claridad semántica en el pensamiento del paciente y puede utilizarse para cuestionar cualquier idea irracional, así como también inducir al paciente a evaluar si sus creencias son consistentes con la realidad empírica y el valor de utilidad de estas ideas en la resolución de sus problemas. (p. 53-54)

Caro (2011) refiere que:

El terapeuta debe realizar las preguntas apropiadas al paciente sin facilitarle la elaboración de las respuestas, sin indicarle lo que debe pensar, al contrario, se le debe inducir y enseñar a cuestionarse sus ideas por sí mismo, pero se le ayuda a que elabore conclusiones para que las pueda emplear como posibles hipótesis, a lo que finalmente el terapeuta lo guiará de forma tranquila para que el paciente logre el autodescubrimiento. (p.247)

2.5.1.6. Descubrimiento guiado. Ruiz et al., (2012) indican que es el proceso de ayudar al paciente a generar diferentes percepciones que pongan en tela de juicio sus creencias disfuncionales, y así lograr el desarrollo correcto del diálogo socrático con las preguntas abiertas pertinentes, y guiando al paciente para elaborar nuevas cogniciones. Este proceso inicia orientando primero al cuestionamiento de la disfuncionalidad del pensamiento, para así una vez que ya se han identificado aprender a elaborar pensamientos alternativos más funcionales, y se finaliza con la detección de otros pensamientos o creencias que sostienen las creencias disfuncionales principales.

2.5.1.7. Entrenamiento en autoinstrucciones. Para Minici et al., (2008) el entrenamiento en autoinstrucciones son frases que se emplean como orientaciones anticipadas para facilitar la ejecución de una acción, ya que funcionan como un autodiálogo interno que nos guía en la forma de pensar y en la ejecución de una conducta o tareas en el afrontamiento

de problemas. Además, menciona que este entrenamiento se compone de autoverbalizaciones para desempeñarnos en diversas situaciones, sobre todo las complejas, pero deben ser funcionales que favorezcan el cumplimiento de un objetivo disminuyendo el malestar.

Ruiz et al. (2012) menciona que las autoinstrucciones favorecen el autocontrol emocional y la autorregulación de la conducta para fortalecer la confianza en las propias habilidades. Para su desarrollo se basan en cinco pasos, iniciando por el modelado cognitivo en donde se detallan las instrucciones de manera muy corta de la tarea que se va a realizar, luego se prosigue con el modelado cognitivo participante en donde un modelo puede ir verbalizando las instrucciones mientras el paciente las realiza, se continua con las instrucciones en voz alta en donde el participante verbaliza los pasos de su tarea mientras la realiza, se prosigue con el desvanecimiento de las autoinstrucciones en voz alta en donde se cambia el tono de voz alto de la verbalización, por un susurro, y el último son las autoinstrucciones encubiertas en donde los pasos ya solo se repasan mentalmente.

2.5.1.8. Distracción externa. Ruiz et al. (2012) señalan que esta estrategia consiste en que el paciente pueda recurrir al mayor número de actividades que son empleadas como forma de distracción para aliviar los síntomas emocionales, por lo que puede elaborar una lista de alternativas que le generen distracción. También es efectivo que pueda focalizar su atención en algún o algunos elementos del entorno y utilizar sus recursos sensoriales para apreciarlos con el mayor número de modalidades, como la vista, oído, gusto, tacto e ir describiendo con detalle lo que va percibiendo. Es necesario mantener el ejercicio hasta que disminuya el malestar emocional.

2.5.1.9. Desensibilización sistemática. Reynoso y Seligson (2005) indican que la desensibilización ayuda a superar respuestas constantes de evitación frente a acontecimientos que producen malestar ansiógeno. El primer paso para este proceso es indagar e identificar los factores que generan temor ante determinados eventos, luego se evalúa si los problemas se

pueden categorizar y colocar en diferentes grados ascendentes de ansiedad y finalmente se va descubriendo el mejor método para disminuir la ansiedad que generalmente son los procesos graduales de exposición a la vida real, pero es importante considerar que para pasar a cada etapa es necesario concretar correctamente la anterior y esto puede llevar varias sesiones de trabajo.

Ruiz et al. (2012) señalan que el procedimiento inicia con elegir una respuesta incompatible con la ansiedad y el posible método de entrenamiento, luego se procede a realizar una jerarquía de los estímulos que producen la ansiedad para tener un orden de los pasos que se irán desarrollando en el acercamiento a la situación temida y es aquí donde se utiliza una escala de ansiedad subjetiva (del 0 al 100) para medir el grado de temor y finalmente se realiza el entrenamiento en imaginación en donde se van presentando los elementos concretos temidos dentro de la imaginación del paciente para agregar los detalles necesarios a cada escena, iniciando con escenas neutras para proceder a las sesiones de desensibilización.

2.5.1.10. Entrenamiento asertivo. Reynoso y Seligson (2005) mencionan que el entrenamiento asertivo consiste en un procedimiento psicoterapéutico que busca fomentar la conducta asertiva de manera que favorezca el desempeño social de la persona.

Zaldivar (1994) indica que este procedimiento inicia con explicando las pautas básicas sobre la asertividad y las diferencias entre los estilos agresivo y pasivo de comunicación, utilizando ejemplos de conductas para que el paciente pueda identificar a qué estilo corresponde cada una y luego proponiendo sus propios ejemplos sobre su vida personal, posteriormente el terapeuta guía al paciente para identificar los bloqueos o dificultades que pueden presentarse para la expresión de la conducta asertiva; se continúa con la introducción a los derechos asertivos y se trabajan apoyándose en las técnicas de imaginación o ensayo conductual, aquí puede surgir la identificación de algunos pensamientos o creencias irracionales que afectan la conducta asertiva que se irán resolviendo y para finalizar se concluye

con el perfeccionamiento de las habilidades para la expresión de las respuestas asertivas en donde se realizan algunos ejercicios y técnicas de comunicación. En cada etapa es importante realizar la retroalimentación evaluando todos los elementos importantes como el tono de voz, gestos, mensajes enviados y su coherencia con lo que se pretende lograr.

2.5.1.11. Ensayo conductual. Ruiz et al. (2012) indica que “el ensayo conductual facilita la retención de las técnicas que se están entrenando y favorece un mayor rendimiento que proporcionar únicamente información o demostrar cómo se lleva a cabo la conducta” (p.325).

Caballo (2002) señala que:

Para el desarrollo de esta técnica se le pide al paciente describir la situación que le causa dificultad, es necesario que sea explicada detalladamente y se le cuestiona el motivo por el cual “debería” evitarla. Una vez que se empieza a representar la escena, es responsabilidad de los entrenadores asegurarse de que el actor principal representa el papel y que intenta seguir los pasos conductuales mientras actúa. Si se sale del papel y empieza a hacer comentarios, explicando acontecimientos pasados u otros asuntos, el entrenador señalará con firmeza que se meta otra vez en el papel. (p.74).

2.5.2. Instrumentos psicológicos

Ficha técnica del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (Forma A):

- Título del instrumento: Inventario de Personalidad de Eysenck para niños (Forma A)
- Autor: Hans Jurgen Eysenck
- Año de publicación: 1968
- Edades de aplicación: niños de 7 a 16 años.
- Tiempo de aplicación: Este inventario no cuenta con un tiempo determinado, el tiempo promedio es de 15 minutos.

-Aspectos que evalúa: Evalúa de manera indirecta las dimensiones de la personalidad del niño, en cuanto estas conforman estructuras diferenciales en sus relaciones con situaciones de aprendizaje y en sus adaptaciones al medio social. “E” Dimensión: Introversión – Extraversión, se manifiesta en el cambio, o no, en la personalidad, y en su susceptibilidad a la fatiga y al cansancio psicológico. “N” Dimensión: Estabilidad – Inestabilidad, analiza el grado de ajuste del individuo a su medio.

-Confiabilidad del instrumento: Presenta una confiabilidad de 0.81.

-Descripción de la prueba: Esta prueba es estructurada de tipo verbal – escrita y con respuestas dicotómicas. Emplea la técnica forzada: SI – NO. Consta de 60 ítems: “L” 12 ítems: Veracidad (Escala de mentiras); “E” 24 ítems: Introversión – Extraversión; “N” 24 ítems: Estabilidad – Inestabilidad. Los ítems están intercalados indistintamente sin ningún orden

Ficha técnica de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A):

-Título del instrumento: Escala de Ansiedad social para adolescentes (SÁS-A).

-Autor: La Greca, A.M. y López, N.

-Año de publicación: 1998

-Edades de aplicación: 12 a 17 años

-Aspectos que evalúa: mide el nivel de ansiedad social en adolescentes y su desempeño en el entorno social. Se enfoca en dos características de la ansiedad social: el miedo a la evaluación negativa de otros y la evitación social. La prueba se conforma de 22 ítems, de los cuales 18 son auto descriptivos y los otros 4 representan ítems para distraer pero que no se toman en cuenta para la puntuación.

-Confiabilidad de la prueba: El instrumento fue validado en Perú por Zavaleta en el 2018, obteniendo para la confiabilidad estimada a través del método coeficiente del alfa Cronbach, valores de .657 a .701, en tanto, en lo concerniente al coeficiente Omega, se obtuvo valores de .662 a .707.

-Descripción de la prueba: Se compone de tres sub escalas: miedo a la evaluación negativa con ocho ítems (FNE), ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas (SAD- New) con seis ítems y la última subescala incluye cuatro ítems que miden ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general (SAD-G).

Ficha técnica de la Escala de Habilidades Sociales (EHS):

-Título del instrumento: Escala de Habilidades Sociales.

-Autora: Elena Gismero Gonzáles

-Año de publicación: 1996

-Administración: Individual o colectiva

-Duración: Aproximadamente 10 a 16 minutos

-Aplicación: adolescentes y adultos.

-Significado: Evaluación de la aserción y las habilidades sociales.

-Tipificación: Baremos de población general (varones –mujeres/jóvenes y adultos.

-Confiabilidad: posee un índice de confiabilidad de 0.77

-Descripción de la prueba: Está compuesto por 33 artículos, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde No me identifico en

absoluto o actuaría así en la mayoría de los casos. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos.

Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS): es un instrumento que se emplea para comunicar la intensidad de ansiedad percibido de manera subjetiva, que va desde el 0 que indica un completo estado de relajación hasta el 100 que indica un estado de tensión y nerviosismo. Esta puntuación se puede emplear para analizar y evaluar distintas situaciones sociales y como un recurso para que el terapeuta genere una idea del grado de malestar experimentado por el paciente.

2.5.3. Evaluaciones psicológicas

HISTORIA PSICOLÓGICA

Datos de filiación:

Nombres y Apellidos: F.R.Q.

Edad: 14 años

Fecha de Nacimiento: 02 de febrero del 2008

Lugar de Nacimiento: Chiclayo - Lambayeque

Grado de Instrucción: cursando tercero de secundaria

Ocupación: Estudiante

Estado Civil: Soltero

Domicilio: Av. Grau 340 - Lambayeque

Número y lugar entre hermanos: 2 2/2

Vive con: padres y hermana mayor

Número de sesiones:

Informantes: el paciente y su madre

Fechas de evaluación: Abril del 2022

Evaluado por: Ps. Eliana Muñoz

Observación del paciente durante la entrevista:

El paciente es un adolescente que aparenta su edad cronológica, de estatura 1.60 metros aproximadamente, tez trigueña, de contextura delgada, con cabellos oscuros y rizados, ojos de color negro. Su vestimenta es acorde a la estación. Usualmente acude a las sesiones con buzo, chompa y zapatillas demostrando correcta higiene y cuidado en su arreglo personal. Asiste con puntualidad a las citas, siempre en compañía de su madre, la cual participa de las entrevistas cuando se solicita.

Durante las sesiones, el paciente se mostró con actitud colaboradora y comunicativa, respondiendo a las interrogantes realizadas, pero en reiteradas ocasiones su lenguaje era poco fluido ya que verbalizaba rápidamente las palabras y se dificultaba entenderlo o se trababa constantemente, por lo que era necesario pedirle que repita lo mencionado, pero su tono de voz de mantiene audible.

Por otro lado, evita el contacto visual, desviando la mirada hacia sus manos que se encontraban sobre sus piernas. Además, durante las primeras sesiones denotaba su inquietud moviendo las piernas constantemente y apretando las manos entre si.

Motivo de consulta:

Paciente acude a consulta en compañía de su madre quien refiere: “Mi hijo es una persona muy nerviosa y temerosa, he notado desde el año pasado que se aísla mucho y no tiene amigos en el colegio nuevo, ni tampoco le gusta salir mucho a la calle, aunque él dice que se siente mal, que le duele la cabeza o el estómago, pero también dice esto cuando no quiere ir al colegio y justo tiene ese día alguna exposición o examen oral. Su tutor, me ha comentado que casi no participa en las clases, y cuando sale a exponer o le pide participar, lo nota muy nervioso, con la voz temblorosa, y que a veces se queda callado y no responde, lo cual está afectando sus notas. Además, el docente me dijo que generalmente permanece dentro del aula a la hora de receso, o a veces lo ha visto

quedarse dentro del baño, pero que casi nunca lo ha visto conversar o pasar el rato con sus compañeros, por lo que asume que no ha hecho amigos. Me preocupa mucho esta situación de que mi hijo no se relacione con nadie, no quiere ir ni a la tienda a hacer alguna compra y cuando salimos a algún paseo familiar los fines de semana no quiere ir o insiste porque regresemos rápido a casa.”

El paciente comenta: “Me siento muy nervioso cuando tengo que hablar frente a mis compañeros o con personas que no conozco, también cuando tengo que participar en clase o exponer algún tema, cuando hay algún trabajo en grupo o a la hora de receso y tengo que hablar con mis compañeros, simplemente me da mucha vergüenza y me siento muy ansioso al hacerlo, parece que me trabo al hablar y comienzo a temblar por eso prefiero evitar esas cosas pero no me siento bien porque me frustró cuando obtengo una mala nota por exponer así o conozco la respuesta pero dudo y no la digo por si mis compañeros se puedan burlar, así que mis notas en el colegio no van tan bien. Mi mamá a veces me obliga a hacer cosas que no quiero como ir a comprar yo solo, pero pienso que me sentiré ansioso y de nuevo me peor.”

Problema actual:

Paciente refiere que desde hace aproximadamente un año siente mucha vergüenza en situaciones sociales con sus compañeros de clase o con personas desconocidas porque comenta sentirse observado o juzgado por ellos debido a sus nervios, experimentando a nivel fisiológico sensación de presión en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, sensación de falta de aire, rigidez en el cuello, temblores en las manos y mandíbula, sudoración en el rostro y manos, náuseas, sequedad en la boca, titubeos y ruborización los cuales puede mantener durante aproximadamente 30 minutos. Estos síntomas se presentan en situaciones sociales como cuando tiene que exponer o responder preguntas en clase frente a sus compañeros, cuando tiene que

interactuar con los compañeros por un trabajo en equipo o en la hora de receso y cuando tiene que interactuar con personas desconocidas.

A nivel emocional el paciente manifiesta que al enfrentarse a estas situaciones experimenta malestar frecuentemente relacionado con emociones de miedo (10/10), frustración (8/10), vergüenza (8/10), culpa (7/10) y desmotivación (7/10).

En el aspecto conductual señala que, frente a las situaciones mencionadas trata de hablar muy rápido para acabar pronto, pero que a veces tiene dificultades para pronunciar las palabras, por lo que se traba al hablar y disminuye su tono voz haciéndolo más bajo, así como también le resulta difícil mantener el contacto visual o prefiere quedarse callado. Así también, señala que en muchas ocasiones dice excusas como de que se siente con dolor de cabeza o estómago para no ir al colegio o no salir de casa para alguna actividad en la que tenga que interactuar con personas desconocidas evitando así la situación, o en la escuela se queda en el aula o va al baño y permanece ahí hasta que tenga que regresar a clases.

Referente a sus pensamientos en dichas situaciones, comenta que generalmente piensa “todos me van a observar y se van a dar cuenta de lo nervioso que estoy”, “me voy a trabar al hablar”, “me bloquearé y no sabré que decir”, “se van a burlar de mi”, “siempre lo hago mal”, “¿Por qué siempre me pasa esto?”, “yo tengo la culpa por no saber controlarme”, “mejor no hubiera venido”, “¿y si lo que digo está mal?”, “mejor no digo nada y espero a que los demás decidan” “si me equivoco me van a criticar mal” y “seguro pensarán que soy raro”.

Como consecuencia a su problema, el paciente menciona que no ha logrado hacer amistades en su nueva escuela, por lo que le resulta incómodo asistir, así como que también su rendimiento académico se ha visto afectado por sus dificultades sociales ya que este año los docentes están dejando varias exposiciones y trabajos en grupo con

calificaciones importantes. Sin embargo, comenta que respecto a los exámenes escritos o tareas no muestra dificultades, que por el contrario se siente más tranquilo cuando es evaluado de esta forma, manifestando que ahí puede demostrar sus conocimientos o ideas académicas.

Además, señala que desde hace unos meses tiene muchas discusiones con sus padres porque le piden ir a la tienda o salir en familia y eso supone interactuar con personas desconocidas por lo que no es de su agrado, pero que su madre le insiste constantemente o le llama la atención, según lo que él señala, su madre piensa que simplemente no quiere hacerlo o que es desobediente, pero que cuando lo obligan y tiene que hacerlo a la fuerza, siente aún más malestar.

Por otro lado refiere que durante los dos años que estuvo en clases virtuales por pandemia del COVID – 19, también sentía malestar pero no le impedía desenvolverse como ahora, hacía sus actividades académicas y su rendimiento escolar era bueno, pero tuvo una experiencia desagradable el año pasado en donde un profesor de matemáticas le exigía constantemente participar pero que le resultaba muy difícil comprender su curso y se equivocaba constantemente a lo que el maestro lo reprendía frente a sus compañeros, y él considera que el profesor “lo tomó de punto”, ya que posterior a ello siempre lo llamaba a participar y su ansiedad comenzó a intensificarse, y mucho más aún cuando regresó a clases presenciales este año a una nueva escuela.

Desarrollo cronológico del problema

- A que a los 9 años solía comerse las uñas, pero fue por un periodo corto de tiempo, y que su maestra se percató de esto e informó a su madre, pero que con el tiempo fue dejando de hacerlo.
- A los 10 años acudió a terapia psicológica derivado por su maestra de la escuela, ya que denotaba timidez y semblante triste, manifestando también bajo

rendimiento académico. En el proceso de psicoterapia se determinó que presentaba ansiedad leve ante los exámenes o participaciones orales y se encontraba adaptándose a la ausencia de sus mejores amigos porque fueron retirados de la institución educativa.

- A los 12 años, ingresó a primero de secundaria, con clases virtuales debido a la pandemia por COVID – 19, por lo que dejó de frecuentar a un par de amigos que tenía en el colegio, y tan solo se comunicaba con ellos algunas veces por videollamada, aunque esto se daba en escasas ocasiones. Procuraba no encender la cámara ni participar en clases muy seguido.
- A los 13 años ingresó a una nueva escuela con clases virtuales aún, pero de carácter preuniversitario y mayor complejidad académica. Casi a mitad de ese año, refiere que tuvo una experiencia negativa con un docente que acababa de ingresar como reemplazo a su aula, y que según él considera “era muy exigente y estricto”, y en una ocasión en un examen oral de matemáticas, le presentaron un ejercicio complicado, que resolvió mal y respondió titubeando, por lo que el profesor lo reprendió frente a sus compañeros y dijo “alumno cálmese ni que estuviera postulando a la universidad, si te sientes nervioso es porque no has estudiado”, a lo que él pudo notar a través de las cámaras que sus compañeros se reían, y considera que desde ese momento, el maestro “lo tomó de punto”, ya que siempre lo llamaba a participar, generando en él emociones desagradables de miedo y vergüenza.
- A los 14 años y al ingresar a tercero de secundaria y comenzar a retomar las clases presenciales, el paciente señala que nuevamente lo cambiaron de colegio, y que sus síntomas de ansiedad se han incrementado mucho más debido a que ahora tiene que interactuar presencialmente con sus compañeros, responder en las

clases, y que continúa sintiendo miedo sobre todo de que sus compañeros lo juzguen negativamente al darse cuenta de sus nervios. Menciona que, en el primer de clases, una compañera se acercó a él en la hora de receso y le preguntó “¿Por qué nunca hablas?”, a lo que experimentó vergüenza y optó por bajar la mirada hasta que la compañera se retiró.

Historia personal

Desarrollo inicial

Su madre refiere que Fabián no fue un bebé planificado, pero lo concibió a los 27 años y es el menor de dos hermanos. Nació por parto natural a los nueve meses de gestación en un hospital de la ciudad de Chiclayo, cuando su madre tenía 27 años y su padre 31 años, en ese momento ya se encontraban casados. Recibió lactancia materna hasta el año de nacimiento ya que su madre tuvo que comenzar a trabajar.

Desarrollo psicomotor

Su madre indica que su menor hijo no gateó, pero que comenzó a levantarse y dar sus primeros pasos al cumplir un año, al igual que el desarrollo de su lenguaje se dio dentro del promedio esperado. Señala que no ha tenido problemas psicomotores. Usó pañales hasta los dos años aproximadamente, edad en la que comenzó a controlar esfínteres. Así mismo a los casi tres años empezó a comer por si solo.

Actitudes de la familia frente al adolescente

La relación con el padre es distante, ya que tiene “un carácter difícil” y le disgustan muchas cosas, reaccionando con gritos o vociferaciones cuando lo reprende, por lo que evita dialogar con él. Menciona que no ha recibido castigo físico de su padre.

La relación con su madre tampoco es tan cercana, ya que generalmente se ha mantenido trabajando y no pasaba mucho tiempo en casa.

La relación con su hermana mayor es de más confianza, comenta que se llevan bien y que casi no discuten o tienen conflictos.

Educación

A la edad de 3 años ingresó al nivel inicial, en donde tuvo algunas dificultades las primeras semanas para mantenerse sin llorar cuando su madre se iba, pero poco a poco y con la ayuda de las docentes logró adaptarse y participar de las actividades académicas.

A los 6 años, inicia el primer grado de primaria en un colegio con pocos estudiantes, aproximadamente eran 10 compañeros en su aula, con los que interactuaba regularmente, pero comenta que no le gustaba participar en actuaciones o eventos del colegio, pero que en sus cursos le iba bien y comprendía adecuadamente.

A los 10 años, cursaba el quinto de primaria, y señala que sus dos mejores amigos fueron cambiados de colegio, por lo que comenzó a mostrarse callado en el aula y conversaba muy poco con los demás, por lo que el docente sugirió a sus padres llevarlo al psicólogo. En ese año su rendimiento académico disminuyó un poco, ya que según comenta ya no recibía ayuda de sus amigos y no entendía algunas cosas, lo cual hizo que sus notas decayeran, y su padre solía llamarle la atención muy fuerte.

A los 12 años ingresó al nivel secundario, mostrando leves dificultades por los nuevos cursos y temas que estaba aprendiendo, además de la nueva modalidad de las clases virtuales que estaba experimentando, pero finalmente logró adaptarse adecuadamente y su rendimiento se mantuvo.

A los 13 años, para segundo de secundaria ingresó a un colegio preuniversitario con mayor exigencia académica, en el cual comenzó a presentar dificultades académicas en los cursos numéricos, pero al ser clases virtuales lograba ayudarse de

sus apuntes y su hermana mayor le ayudaba a prepararse para sus exámenes, por lo que mantuvo un rendimiento académico regular.

A los 14 años, nuevamente ingresó a otro colegio, en el cual está cursando tercero de secundaria, con dificultades académicas, y su rendimiento académico se está viendo afectado ya que en los trabajos grupales y exposiciones o exámenes orales no muestra participación. En evaluaciones escritas denota un desempeño promedio según indicaron los docentes a su madre.

Desarrollo psicosexual

El paciente manifiesta que el trato de sus padres ha sido siempre acorde a su sexo, y que comenzó a notar la diferencia de sexos a los 6 años aproximadamente, ya que en el colegio le explicaron las diferencias entre ambos, mencionando también que sus padres reforzaron estos aprendizajes en casa mediante los juegos, vestimenta y actitudes de él y su hermana.

Relaciones interpersonales

Su madre refiere que desde pequeño su hijo siempre se mostró callado, que solía relacionarse bien con sus compañeros, pero eran ellos quienes iniciaban el contacto con él. Además de que durante la etapa escolar de primaria siempre se mantuvo con dos compañeros con los que a veces se reunía fuera del horario de clases para jugar, pero que luego ellos se cambiaron de colegio y posteriormente llegó el periodo de confinamiento por pandemia.

Fabián refiere que generalmente no suele iniciar conversaciones, pero cuando algún compañero en la escuela se acerca a preguntarle algo o hablarle, comienza a sentirse nervioso y pensar “se va a dar cuenta de mis nervios”, experimentando sudoración, ruborización y temblores corporales, que en algunas ocasiones ha logrado manejar esperando un poco en silencio, para poder hablar, sobre todo cuando tiene que

hacer un trabajo grupal y no puede evitar la situación. Menciona que algunos de sus compañeros se muestran amables con él, y tratan de preguntarle solo necesario sobre los trabajos y que en oportunidades se le han acercado en el receso para interactuar con él, pero generalmente los evade, por lo que a veces piensa que “pueden llegar a ya no incluirlo”.

Señala que a veces, chatea con un compañero de su anterior colegio, y comparten algunos temas, pero que no suele ser muy frecuente debido a sus clases, pero comenta sentirse más cómodo por ser una persona que conoce desde hace años, aunque no ha llegado a reunirse con él después de la pandemia.

Accidentes y enfermedades

Su madre menciona que a los tres años su hijo se contagió de varicela y paperas en la escuela, pero se recuperó sin complicaciones.

Historia familiar:

El padre es un hombre de 45 años, natural de la ciudad de Piura, con profesión de Economista pero que actualmente se encuentra desempleado por lo que se encarga del cuidado del hogar. Es una persona de carácter “renegón”, poco comunicativo y suele mostrarse nervioso, está diagnosticado con ansiedad desde hace dos años y recibe medicación psiquiátrica. El paciente mantiene escaso diálogo con su papá de temas personales, pero él le pregunta cómo le va en la escuela, en sus notas o a veces le pide que lo ayude con algunos quehaceres.

La madre es una mujer de 41 años, natural de la ciudad de Lambayeque, quien es contadora de profesión y labora en una empresa funeraria. El paciente la describe como una persona afectiva y conversadora, que suele ser más expresiva y cariñosa, pero que pasa poco tiempo con ella por su trabajo, pero siempre está pendiente de consultarle cómo se encuentra personal y académicamente.

La hermana es una adolescente de 15 años, que actualmente cursa el quinto grado de secundaria, y la considera una persona divertida y espontánea, con quien no tiene mayores conflictos y existe confianza en su comunicación.

2.5.4. Evaluación psicométrica

INFORME PSICOLÓGICO DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK – FORMA A

DATOS DE FILIACIÓN:

Apellidos y nombres: F. R.B.

Edad: 14 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chiclayo, 02 de febrero del 2008

Escolaridad: 3° grado de secundaria

Domicilio: Av. Grau 340 - Lambayeque

Fechas de entrevista:

Evaluator: Ps. Eliana Muñoz Gamarra

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente acude a consulta para la aplicación del Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

PRUEBA ADMINISTRADA:

- Inventario de Personalidad de Eysenck- Forma A

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El evaluado obtuvo un puntaje directo de 9, con un diagnóstico de personalidad altamente introvertido, y un puntaje directo de 17 en estabilidad – inestabilidad, con tendencia a la estabilidad. Alcanzó un puntaje directo de 3, en la dimensión de veracidad, lo cual indica que la prueba es válida.

El evaluado denotó indicadores de personalidad altamente introvertido lo cual significa que en su desenvolvimiento en el entorno social es retraído y reservado, por lo que puede ser persistente y conservador en sus patrones de comportamiento y formas de respuestas adquiridas frente a los eventos que va atravesando, además de demostrar escasa variabilidad en sus actividades.

Se desempeña con mayor eficacia en actividades de trabajo independiente, en las cuales puede organizar y planificar anticipadamente lo que llevará a cabo, permitiéndole así cuidar detalle, ser escrupuloso y metódico con las tareas que realiza y va adquiriendo motivación para su rendimiento mediante el éxito y las recompensas.

Así mismo posee habilidades para el aprendizaje en general, pero con mayor énfasis en el de tipo verbal, manejando adecuado vocabulario y capacidad de lectura. Sin embargo, en actividades de tipo psicomotor suele denotar restricciones, orientándose a ser más preciso.

También brinda mucho valor y consideración al aspecto ético, por lo que puede ser una persona confiable para quienes lo rodean.

Por otro lado, denotó tendencia a la estabilidad, por lo que suele mostrarse calmado, ecuánime y tolerante frente a situaciones complejas, demostrando capacidad de autocontrol emocional ya que es capaz de evaluar las consecuencias de sus respuestas. Sin embargo, frente a situaciones sociales con sus compañeros de clase o personas desconocidas puede llegar a sentir miedo y ansiedad, generando que responda de forma desadaptativa, ya sea desencadenando conductas ansiosas o evitando exponerse frente a esos eventos.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere iniciar un proceso de terapia psicológica para trabajar las áreas de dificultad.

**INFORME DE LA ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL PARA
ADOLESCENTES (SAS-A)**

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y nombres: F. R.B.

Edad: 14 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chiclayo, 02 de febrero del 2008

Escolaridad: 3° grado de secundaria

Domicilio: Av. Grau 340 - Lambayeque

Fechas de entrevista:

Evaluador: Ps. Eliana Muñoz Gamarra

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente acude a consulta para la aplicación de la Escala de Ansiedad Social para adolescentes.

PRUEBA ADMINISTRADA:

- Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El paciente obtuvo una puntuación total de 50, correspondiente a la categoría diagnóstica de “Alto nivel de ansiedad social”, lo cual evidencia la presencia de dificultades para el desempeño social adaptativo en su entorno. En la dimensión de miedo a la evaluación negativa obtuvo un puntaje de 18 correspondiente a la categoría alto, en la dimensión de ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas alcanzó un puntaje de 16, correspondiente a la categoría “alto”, y en la dimensión de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general denotó un

puntaje de 16, correspondiente a la categoría “alto”, denotando así dificultades para las situaciones que requieren interacción social.

El evaluado denotó un nivel alto de ansiedad social, lo que cual se manifiesta en su temor para las situaciones en las cuales debe demostrar interacción y desenvolvimiento social dentro de su entorno, así como los constantes pensamientos negativos con tendencias a imaginar escenarios mentales desagradables de su desempeño en tareas sociales cotidianas, acompañado de malestar fisiológico como nerviosismo y sus conductas motoras disfuncionales frente a toda actividad que requiera de interacción con su medio social. Demuestra miedo intenso hacia los comentarios o críticas que pueda recibir de las personas al interactuar es por ello por lo que evade este tipo de circunstancias con excusas o negándose a realizarlas, así como gran malestar cuando se enfrenta a personas o situaciones nuevas.

RECOMENDACIONES

Se sugiere iniciar un proceso de terapia psicológica para trabajar las áreas de dificultad, así como soporte y acompañamiento familiar para el apoyo en su proceso de modificación de conductas.

INFORME DE LA ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS)

DATOS DE FILIACIÓN:

Apellidos y nombres: F. R.B.

Edad: 14 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chiclayo, 02 de febrero del 2008

Escolaridad: 3° grado de secundaria

Domicilio: Av. Grau 340 - Lambayeque

Fechas de entrevista:

Evaluador: Ps. Eliana Muñoz Gamarra

MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente acude a consulta para la aplicación de la Escala de Habilidades Sociales.

PRUEBA ADMINISTRADA:

- Escala de Habilidades Sociales (EHS)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El paciente obtuvo un puntaje total de 20, ubicándolo en la categoría diagnóstica “nivel bajo” con respecto a la adquisición de habilidades sociales. Denotó un puntaje directo de 16 en la dimensión de autoexpresión en situaciones sociales, un puntaje directo de 13 en la dimensión de defensa de los propios derechos, un puntaje directo de 8 en la dimensión de expresión de enfado o disconformidad, un puntaje directo de 13 en la dimensión de decir no y cortar interacciones y un puntaje directo de 10 en la dimensión de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; todos estos puntajes se ubican dentro de la categoría diagnóstica “nivel bajo”.

Alcanzó un puntaje directo de 15 en la dimensión de hacer peticiones, lo cual lo ubica en la categoría “promedio”.

El evaluado obtuvo un resultado de nivel bajo respecto a sus habilidades sociales, lo cual indica que presenta un déficit de recursos individuales para la interacción social, dificultado su adecuada relación con su entorno, y denotándose en sus conductas evitativas y de aislamiento en su medio, así como la sintomatología ansiosa como emociones de miedo al tener que resolver tareas de carácter social y la presencia de pensamiento negativos cuando tiene que enfrentarse a interacciones sociales.

Presentó un nivel bajo en las dimensiones de autoexpresión en las situaciones sociales, lo cual indica que presenta dificultades para expresarse espontáneamente, manifestando sus emociones y necesidades en diversas situaciones sociales; así también denotó nivel bajo en la dimensión de defensa de los propios derechos que se manifiesta en su conducta pasiva dentro de su círculo social en la escuela, careciendo de habilidades asertivas para defenderse. En las dimensiones de expresión de enfado y decir no también denotó nivel bajo, indicando que le resulta complejo expresar discrepancias o diferencias de ideas, optando por guardar silencio o aceptar otras opciones para evitar posibles conflictos, además de que le es difícil cortar interacciones cuando siente disgusto por su incapacidad para decir que no.

El paciente alcanzó un nivel promedio en la dimensión de hacer peticiones, lo cual indica que es capaz de solicitar ayuda cuando lo requiere, favoreciendo su comunicación interpersonal.

RECOMENDACIONES:

Se recomienda que el evaluado inicie un proceso de terapia psicológica enfocada en entrenamiento en habilidades sociales.

INFORME DE LA ESCALA DE UNIDAD SUBJETIVA DE ANSIEDAD

(SUD)

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y nombres: Fabián R.B.

Edad: 14 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chiclayo, 02 de febrero del 2008

Escolaridad: 3° grado de secundaria

Domicilio: Av. Grau 340 - Lambayeque

Fechas de entrevista:

Evaluador: Ps. Eliana Muñoz Gamarra

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente acude a consulta para realizar evaluación psicológica.

PRUEBA ADMINISTRADA:

- Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

El evaluado percibe malestar emocional frecuente descrito en una escala de puntuación subjetiva, en el cual 0 es el menor grado experimentado de la emoción y 10 es el mayor grado de intensidad vivenciado.

El paciente manifiesta experimentar emociones de miedo, la cual califica con una intensidad de 10/10, ansiedad en un grado de 10/10, frustración en grado 8/10, vergüenza con una calificación de 8/10, culpa en intensidad de 7/10 y desmotivación en un grado de 7/10.

RECOMENDACIONES:

Se sugiere que el paciente inicie psicoterapia cognitivo conductual para el tratamiento de su problemática.

2.5.5. Informe psicológico integrador

INFORME PSICOLÓGICO INTEGRADOR

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos y nombres: F. R.B.

Edad: 14 años

Lugar y fecha de nacimiento: Chiclayo, 02 de febrero del 2008

Escolaridad: 3° grado de secundaria

Domicilio: Av. Grau 340 - Lambayeque

Fechas de entrevista:

Evaluador: Ps. Eliana Muñoz Gamarra

OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA:

Paciente se muestra lúcido, orientado en espacio, tiempo y persona, de tez blanca, posee contextura delgada y estatura mediana. Presentó adecuada vestimenta a la ocasión y estación, además de correcto arreglo personal. Durante el proceso mantuvo una postura encorvada, con las manos en movimiento sobre las personas la mayor parte del tiempo, denotando inquietud. Mantuvo escaso contacto visual, desviando la mirada hacia abajo en dirección a su material de trabajo. Demostró actitud colaboradora, sin embargo, su lenguaje no fue tan claro debido a la velocidad que empleaba al hablar y algunas trabas, pero aun así sus ideas eran coherentes y acorde al contexto.

Denotó pensamiento coherente, con pensamientos anticipatorios ante diversas situaciones y circunstancias, con capacidades cognitivas conservadas como atención y memoria, siendo capaz de recordar información necesaria referida a ciertos sucesos de su vida.

PRUEBAS ADMINISTRADAS:

- Inventario de Personalidad de Eysenck- Forma A
- Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)
- Escala de Habilidades Sociales (EHS)
- Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad (SUDS)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

En el área de personalidad el evaluado obtuvo un puntaje directo de 9, con un diagnóstico de personalidad altamente introvertido, y un puntaje directo de 17 en estabilidad – inestabilidad, con tendencia a la estabilidad. Alcanzó un puntaje directo de 3, en la dimensión de veracidad, lo cual indica que la prueba aplicada es válida. Estos puntajes denotan en el paciente una personalidad altamente introvertida, lo cual significa que en su desenvolvimiento

en el entorno social es retraído y reservado, por lo que puede ser persistente y conservador en sus patrones de comportamiento y formas de respuestas adquiridas frente a los eventos que va atravesando, además de demostrar escasa variabilidad en sus actividades. Además, denotó tendencia a la estabilidad, por lo que suele mostrarse calmado, ecuánime y tolerante frente a situaciones complejas, demostrando capacidad de autocontrol emocional ya que es capaz de evaluar las consecuencias de sus respuestas. Sin embargo, frente a situaciones sociales con sus compañeros de clase o personas desconocidas puede llegar a sentir miedo y ansiedad, generando que responda de forma desadaptativa, ya sea desencadenando conductas ansiosas o evitativas frente a esos eventos.

En el área emocional, el paciente obtuvo una puntuación total de 75, correspondiente a la categoría diagnóstica de “ansiedad social moderada”, lo cual evidencia la presencia de dificultades y malestar en el desempeño social adaptativo en su entorno, en sus dimensiones como miedo a la evaluación negativa obtuvo un puntaje de 35 indicando un nivel alto, en la dimensión de ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas alcanzó un puntaje de 25, indicando un nivel alto y en la dimensión de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general denotó un puntaje de 15, correspondiente a un nivel alto siendo el de menor presencia. Estos resultados indican la presencia de “ansiedad social moderada”, lo que cual se manifiesta en su intenso temor a la evaluación y crítica negativa en cuanto a su desenvolvimiento social dentro de su entorno, así como los constantes pensamientos negativos con tendencias a imaginar escenarios mentales desagradables de su desempeño en tareas sociales cotidianas, acompañado de malestar fisiológico como nerviosismo y tratando de evitar toda actividad que requiera de interacción con su medio social con conductas evitativas.

En el área social, el evaluado obtuvo un puntaje total de 75, ubicándolo en la categoría diagnóstica “nivel bajo” con respecto a la adquisición de habilidades sociales. Denotó un puntaje directo de 16 en la dimensión de autoexpresión en situaciones sociales, un puntaje

directo de 13 en la dimensión de defensa de los propios derechos, un puntaje directo de 8 en la dimensión de expresión de enfado o disconformidad, un puntaje directo de 13 en la dimensión de decir no y cortar interacciones y un puntaje directo de 10 en la dimensión de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto; todos estos puntajes se ubican dentro de la categoría diagnóstica “nivel bajo”. Tras estos resultados, indican que el evaluado presenta un déficit de recursos individuales para la interacción social, dificultades para expresar espontáneamente sus emociones y necesidades en su entorno, así como escasas conductas asertivas para defender lo que requiere o piensa en situaciones de consumo, manifestando en su mayoría actitudes pasivas cuando existen discrepancias o diferencias a fin de evitar conflictos en la socialización, en las cuales tampoco es capaz de colocar límites o cortar interacciones que no son de su agrado. Sin embargo, denota que es capaz de expresar peticiones en situaciones cotidianas a su entorno más cercano.

El paciente manifiesta experimentar emociones de miedo, la cual califica con una intensidad de 10/10, siendo esta calificación la de mayor grado de presencia del malestar emocional, así también señala experimentar ansiedad en un grado de 10/10, frustración en grado 8/10, vergüenza con una calificación de 8/10, culpa en intensidad de 7/10 y desmotivación en un grado de 7/10, demostrando así la presencia de sintomatología emocional desagradable.

PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA:

Los resultados de la evaluación demuestran indicadores que concuerdan con el diagnóstico de “Ansiedad social”, acorde a los criterios establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), tales como el miedo excesivo a la opinión o calificación negativa de su entorno, el miedo a hablar en público y la interacción social con su entorno, presencia de pensamientos anticipatorios y las conductas de evitación como escape de las situaciones de desempeño social.

CONCLUSIONES:

El paciente presenta características de personalidad altamente introvertida con tendencia a la estabilidad emocional, indicando un desenvolvimiento social retraído y reservado con patrones de comportamiento y respuestas adquiridas persistentes. Presenta un nivel de ansiedad social moderada, que se manifiesta en su sintomatología fisiológica ansiosa, así como la presencia de pensamientos negativos y emociones de miedo, ansiedad, frustración, vergüenza, culpa y desmotivación cuando tiene que exponerse a situaciones de carácter social, denotando un déficit de sus habilidades sociales, por lo cual carece de recursos personales necesarios para una adecuada relación con su entorno.

RECOMENDACIONES:

Intervención individual en terapia cognitivo conductual para el abordaje de la ansiedad social.

Análisis funcional de la conducta problema: Ansiedad Social

Tabla 1

Análisis funcional de la conducta

Estímulos Discriminativos (ED)	ORGANISMO		Estímulos Reforzadores (ERf)
	(Factores biológicos, psicológicos y socioculturales)	Nivel Respuesta	
<p><u>ED Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Exponer o responder preguntas en clase frente a sus compañeros – Interactuar con los compañeros por un trabajo en equipo o en la hora de receso. – Interactuar con personas desconocidas. 	<p><u>Factores biológicos</u> Predisposición: padre con tratamiento psiquiátrico por un cuadro de ansiedad.</p> <p><u>Factores psicológicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilos de afrontamiento evasivo <p><u>Factores cognitivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Distorsiones cognitivas de catastrofismo, pensamiento dicotómico, lectura de pensamiento, filtraje, magnificación. 	<p><u>Emocional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Frustración • Vergüenza • Culpa • Desmotivación <p><u>Fisiológico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de presión en el pecho. • Aceleración del ritmo cardiaco. • Sensación de falta de aire. • Rigidez en el cuello. • Temblores en las manos y mandíbula. 	<p><u>ERf. Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas motoras problema. • Evita interactuar con sus compañeros en el receso. • Le creen sus excusas y falta al colegio o no va a actividades donde podría interactuar con personas desconocidas. <p><u>ERf. Internos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de miedo, ansiedad, y vergüenza.

ED Internos

- Pensar que tendrá que exponer o responder preguntas en clase frente a sus compañeros
- Pensar que tendrá que interactuar con los compañeros por un trabajo en equipo o en la hora de receso.
- Pensar que tendrá que interactuar con personas desconocidas.

- Sudoración en el rostro y manos.
- Náuseas.
- Sequedad en la boca.
- Ruborización.

Cognitivo

- “Todos me van a observar y se van a dar cuenta de lo nervioso que estoy”
- “Me voy a trabar al hablar”
- “Me bloquearé y no sabré que decir”
- “Se van a burlar de mi”
- “Siempre lo hago mal”
- “Mejor no digo nada y espero a que ellos decidan”
- “¿Por qué siempre me pasa esto?”
- “Yo tengo la culpa por no saber controlarme”
- “Mejor no hubiera venido”
- “¿Y si lo que digo está mal?”
- “Si me equivoco me van a criticar mal”

“Seguro pensarán que soy raro.

Motor

- Hablar muy rápido y trabarse
 - Disminución del tono de voz
-

-
- Escaso contacto visual
 - Quedarse callado
 - Permanecer en el baño o dentro del aula en el receso.
 - Decir excusas como dolor de cabeza y estómago para no salir de casa y evitar las situaciones.
-

Análisis cognitivo

Tabla 2

Análisis Cognitivo

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y conducta (C)
Exponer o responder preguntas en clase frente a sus compañeros.	<p>“Todos me van a observar y se van a dar cuenta de lo nervioso que estoy”</p> <p>“Me voy a trabar al hablar”</p> <p>“Se van a burlar de mi”</p> <p>“Siempre lo hago mal”</p> <p>“¿Por qué siempre me pasa esto?”</p> <p>“Yo tengo la culpa por no saber controlarme”</p> <p>“Mejor no hubiera venido”</p> <p>“Si me equivoco me van a criticar mal”</p>	<p>–Miedo (10/10)</p> <p>–Ansiedad (10/10)</p> <p>– Frustración (8/10)</p> <p>–Culpa (7/10)</p> <p>–Desmotivación (7/10)</p> <p>–Hablar muy rápido y trabarse</p> <p>–Disminución del tono de voz</p> <p>–Escaso contacto visual</p> <p>–Quedarse callado</p>
– Interactuar con los compañeros por un trabajo en equipo o en la hora de receso.	<p>“Me bloquearé y no sabré que decir”</p> <p>“Seguro pensarán que soy raro”</p> <p>“¿Y si lo que digo está mal?”</p> <p>“Mejor no digo nada y espero a que ellos decidan”</p>	<p>–Vergüenza (8/10)</p> <p>–Ansiedad (10/10)</p> <p>–Permanecer en el baño o dentro del aula en el receso.</p> <p>–Quedarse callado</p>
– Interactuar con personas desconocidas.	<p>“Me van a observar y se van a dar cuenta de lo nervioso que estoy”</p>	<p>–Ansiedad (10/10)</p>

–Decir excusas como dolor de cabeza y estómago para no salir de casa y evitar las situaciones.

Diagnóstico tradicional

Tabla 3

Diagnóstico tradicional

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) considera los siguientes criterios para el diagnóstico de ansiedad social, siendo los siguientes presentados en el paciente:

	Criterios DSM V	Presentes en el paciente
A	Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).	Miedo a: Exponer frente a sus compañeros de clase Hablar en público Interactuar con sus compañeros de clase o personas desconocidas.
B	El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).	Miedo a: Críticas y burlas por sus equivocaciones Ser juzgado por sus síntomas de ansiedad Ser rechazado por las ideas que propone
C	Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	Experimenta miedo y ansiedad
D	Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	Conductas de evitación frecuentes

E	El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.	Sus miedos se basan en pensamientos anticipatorios
F	El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses.	Inició hace aproximadamente un año
G	El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Ha afectado en sus relaciones interpersonales, adaptación social al entorno escolar y rendimiento académico.
H	El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.	No presenta afecciones médicas.
I	El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.	No presenta otro trastorno mental.
J	Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debido a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.	No existe otra afección médica.

Recomendaciones:**Para el paciente:**

Se recomienda para el paciente llevar a cabo una intervención cognitivo conductual para el cuadro clínico de ansiedad social.

Para la familia:

Se sugiere brindar soporte emocional y acompañamiento en el proceso de intervención del paciente.

2.6. Intervención**2.6.1. Plan de intervención y calendarización**

El plan de intervención se realizó en 16 sesiones, que constan de 12 sesiones de psicoterapia, 1 sesión de evaluación post test y 3 sesiones de seguimiento; las cuales se llevaron a cabo en un periodo de frecuencia semanal, y duración de 60 minutos cada una, y posteriormente cada 15 y 30 días para las sesiones de seguimiento, todo ello comprendido entre los meses de junio y diciembre del 2022.

Tabla 4

Calendarización del programa de intervención

Sesión	Fecha	Duración	Periodicidad	Participante	Técnicas
1	15-06-2022	60'	Semanal	Paciente	Psicoeducación
2	22-06-2022	60'	Semanal	Paciente	Respiración diafragmática
3	29-06-2022	60'	Semanal	Paciente	Relajación muscular progresiva
4	06-07-2022	60'	Semanal	Paciente	Autorregistro Técnica de la triple columna
5	13-07-2022	60'	Semanal	Paciente	Reestructuración cognitiva: diálogo socrático, descubrimiento guiado
6	20-07-2022	60'	Semanal	Paciente	Reestructuración cognitiva:

					diálogo socrático, descubrimiento guiado
7	27-07-2022	60'	Semanal	Paciente	Autoinstrucciones
8	03-08-2022	60'	Semanal	Paciente	Distracción externa
9	10-08-2022	60'	Semanal	Paciente	Desensibilización sistemática
10	17-08-2022	60'	Semanal	Paciente	Desensibilización sistemática
11	24-08-2022	60'	Semanal	Paciente	Entrenamiento en habilidades sociales: entrenamiento asertivo
12	31-08-2022	60'	Semanal	Paciente	Entrenamiento en habilidades sociales: Ensayo conductual
13	14/09/2022	60	Semanal	Paciente	Evaluación Post test
14	28/09/2022	60'	Quincenal	Paciente	Seguimiento
15	04/11/2022	60'	Quincenal	Paciente	Seguimiento
16	04/12/2022	60'	Mensual	Paciente	Seguimiento

Retroalimentación	ansiedad social según el modelo cognitivo conductual.	15'
	Presentación del video de ansiedad social: https://www.youtube.com/watch?v=t4U5Tu-xcrA	
	Cierre: Resolución de interrogantes y corroboración de comprensión de la información explicada. Asignación de pautas de crianza para la familia.	

consciencia de las sensaciones experimentadas en el proceso de respiración.

Repetición del ejercicio tres veces para asegurar la compresión y logreo para guiar el ejercicio, indicando su aplicación en momentos de ansiedad.

-Explicación del llenado del registro de respiración diafragmática indicando día/hora lugar, facilidad para respirar, concentración durante el ejercicio, nivel de relajación, duración y observaciones en la aplicación.

Cierre:

Resolución de preguntas del paciente y confirmación sobre el ejercicio aprendido y la tarea asignada.

15'

Cierre:

Resolución de dudas con respecto a la
ejecución y práctica de la relajación
muscular progresiva. 15'

automáticos, emociones y conductas presentadas en esa situación.

Cierre:

Retroalimentación del paciente para la comprensión de la interrelación explicada.

Explicación del llenado del registro conductual de tarea.

20'

pensamientos anteriores y los elaborados finalmente.

Tabla 10

Sesión 6

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tareas
6	Reforzar la práctica del debate de los pensamientos distorsionados para su modificación a ideas racionales.	Diálogo socrático Descubrimiento guiado	<p>Inicio:</p> <p>-Bienvenida al paciente y se consulta sobre cómo le había ido en la semana.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>- Refutación y debate de las ideas irracionales del paciente en cada uno de los acontecimientos descritos en el registro (con ayuda de la tarea asignada la sesión anterior).</p> <p>-Reforzamiento del diálogo socrático, guiando al paciente a la reinterpretación de ideas irracionales como: “Me van a observar y se van a dar cuenta que estoy nervioso”, “Se van a burlar de mi” y “Me bloquearé y no sabré qué decir”, ya que denotó mayor malestar y dificultad para confrontarlas.</p> <p>Cierre:</p> <p>Resolución de dudas sobre lo trabajado en sesión y la técnica realizada.</p>	<p>10’</p> <p>35’</p> <p>15’</p>	Continuar con el registro cognitivo conductual.

Contraste y diferencias de los pensamientos anteriores y sus efectos emocionales en el paciente.

con el mismo paciente empleando las autoverbalizaciones en diferentes tonos de voz y finalmente mentalmente mientras realiza la conducta. 10'

Cierre:

Reatrolimentación y corroboración de la técnica aprendida por el paciente.

Cierre:
Reatrolimentación y corroboración de la técnica aprendida por el paciente. 10'

Objetivo Terapéutico 4: Reducir la frecuencia de conductas motoras como hablar muy rápido y trabarse, disminuir el tono de voz, quedarse callado y decir excusas, mediante las técnicas de desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales: entrenamiento asertivo y ensayo conductual.

Tabla 13

Sesión 9

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tareas
9	Reducir progresivamente las conductas motoras de evitación que generan las situaciones temidas.	Psicoeducación	<p>Inicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bienvenida al paciente y se consultó sobre cómo le había ido en la semana. -Explicación de los pasos de la técnica de desensibilización sistemática y sus beneficios para el afrontamiento de situaciones temidas. 	15'	- Repaso de la jerarquía de miedos.
		Desensibilización sistemática	<p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Elaboración de la jerarquía de exposición que ayudó a ordenar los pasos que se para el acercamiento y manejo de la situación temida (exposición en aula). -Corrección de la jerarquía de situaciones temidas para la conducta indicada, corroborando de los pasos correctos y todos los necesarios en la lista con el grado 	30'	

de temor percibido para la conducta de salir a exponer en el aula.

Cierre:

Reafirmación y corroboración de la técnica aprendida por el paciente.

Asignación de tarea de repaso de la jerarquía de miedos.

10'

Reatrolimentación sobre la técnica aplicada e identificación de las dificultades y progresos del paciente.

10'

Tabla 15

Sesión 11

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tareas
11	Adquirir y reforzar las habilidades sociales del paciente mediante en el uso de la conducta asertiva para el afrontamiento de situaciones sociales.	Psicoeducación Entrenamiento asertivo	<p>Inicio:</p> <p>-Bienvenida al paciente y se consultó sobre cómo le había ido en la semana y si hubo una observación en su desempeño social en la escuela tras la sesión anterior.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>-Explicación acerca del concepto de asertividad, sus formas de expresión y las diferencias con las conductas pasivas y agresivas.</p> <p>-Ejercicios para la identificación y diferenciación de las respuestas asertivas, pasivas y agresivas incluyendo las conductas del paciente.</p> <p>-Explicación sobre los derechos asertivos.</p> <p>Cierre:</p> <p>-Retroalimentación sobre el tema explicado y realización de preguntas al paciente para corroborar la comprensión de la información.</p>	10' 40' 10'	- Repasar la información acerca de los derechos asertivos.

Tabla 16

Sesión 12

Sesión	Objetivo de la sesión	Técnicas	Actividades	Tiempo	Tareas
12	Facilitar el desempeño del paciente en situaciones sociales mediante el uso de la conducta asertiva.	Ensayo conductual	<p>Inicio:</p> <p>-Bienvenida al paciente y repaso de los derechos asertivos, concretando y resumiendo la información.</p> <p>-Explicación de la técnica de ensayo conductual, sus beneficios y desarrollo.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>-Juego de roles de compañeros y paciente, para la situación de interactuar en el receso, trabajando las conductas asertivas en momentos de: saludar, iniciar y mantener una conversación y realizar una pregunta.</p> <p>Cierre:</p> <p>Reatrolimentación sobre la técnica aplicada y reforzamiento y detección de déficits.</p>	<p>15'</p> <p>35'</p> <p>10'</p>	- Anotar las dificultades y progresos que identifique en sus interacciones diarias.

2.7. Procedimiento

Fases del programa

Tabla 17

Fase de Evaluación

<p>Se inició con la entrevista clínica con el objetivo de establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente, generando un ambiente y espacio de confianza para que se sienta en libertad de expresarse y comentar su situación, y de esta manera se logró recolectar información necesaria para su historia clínica. Se prosiguió con la aplicación de los instrumentos psicológicos. Al finalizar se realizó el informe psicológico correspondiente con los resultados de las pruebas aplicadas, los cuales se explicaron a detalle, al paciente y a su madre en la sesión de entrega de resultados.</p>		
Sesiones	Objetivo	Técnicas en instrumentos
Sesión 1	Recolectar información necesaria sobre la problemática del paciente.	-Entrevista Psicológica
Sesión 2	Identificar las creencias irracionales. Evaluación de la personalidad del paciente.	-Entrevista Psicológica -Inventario de Personalidad de Eysenk y Eysenk Forma A para adolescentes.
Sesión 3	Evaluar el nivel de ansiedad del paciente. Evaluación de las habilidades sociales del paciente.	-Entrevista Psicológica. - Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A). -Escala de habilidades sociales (EHS).

Sesión 4	<p>Explicar los resultados psicológicos al paciente y a sus padres.</p> <p>Recomendaciones para el inicio de una intervención cognitivo conductual en la problemática de ansiedad social.</p>	<p>-Informe Psicológico</p> <p>-Recomendaciones</p>
----------	---	---

Tabla 18*Fase de Intervención*

<p>Se inició el proceso de psicoterapia con el fortalecimiento de la alianza terapéutica, brindando la psicoeducación sobre el diagnóstico del paciente, informando sobre la sintomatología, mecanismos de adquisición y mantenimiento de la ansiedad social. Se explicaron los objetivos terapéuticos de la intervención a desarrollar bajo el modelo cognitivo conductual. Se desarrollaron 12 sesiones de psicoterapia y 3 sesiones de seguimiento.</p>		
Objetivo	Sesiones	Técnicas

<p>Reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad social: presión en el pecho, aceleración del ritmo cardíaco, sensación de falta de aire y sudoración de manos, mediante las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.</p>	<p>Sesión 1 Sesión 2 Sesión 3</p>	<p>-Psicoeducación -Respiración diafragmática -Relajación muscular progresiva.</p>
<p>Disminuir las distorsiones cognitivas: pensamiento dicotómico, lectura de pensamiento, filtraje y magnificación mediante el autorregistro y las técnicas de la triple columna y reestructuración cognitiva: diálogo socrático, descubrimiento guiado y autoinstrucciones.</p>	<p>Sesión 4 Sesión 5 Sesión 6 Sesión 7</p>	<p>-Técnica de la triple columna. -Reestructuración cognitiva: diálogo socrático, descubrimiento guiado. -Autoinstrucciones.</p>
<p>Reducir los síntomas emocionales de miedo y sentimiento de culpa a través la técnica de distracción externa.</p>	<p>Sesión 8</p>	<p>-Distracción externa.</p>

<p>Reducir la frecuencia de conductas motoras como hablar muy rápido y trabarse, disminuir el tono de voz, quedarse callado y decir excusas, mediante las técnicas de desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales: entrenamiento asertivo y ensayo conductual.</p> <p>Evaluación post test</p>	<p>Sesión 9</p> <p>Sesión 10</p> <p>Sesión 11</p> <p>Sesión 12</p> <p>Sesión 13</p>	<p>-Desensibilización sistemática.</p> <p>-Entrenamiento en habilidades sociales: entrenamiento asertivo y ensayo conductual.</p> <p>Evaluación post con las mismas pruebas del pretest.</p>
--	---	--

Tabla 19

Fase de Seguimiento

<p>Se realizó la fase de seguimiento comenzando a citar al paciente de manera quincenal y posteriormente de manera mensual, iniciando cada sesión consultando al paciente sobre su progreso y continuidad de las estrategias aprendidas y su aplicación en las situaciones necesarias. Además de brindar algunas indicaciones necesarias en caso lo requiera sobre alguna situación en específico y su debido afrontamiento, de manera que se observa el progreso del paciente y el mantenimiento de este.</p>		
<p>Objetivo</p>	<p>Sesiones</p>	<p>Técnicas</p>

Supervisar la mejoría y progreso del paciente de manera que se mantenga de forma constante y habitual en su desempeño social.	Sesión 14 Sesión 15 Sesión 16	--Sesiones de seguimiento psicológico.
---	-------------------------------------	--

2.8. Consideraciones éticas

Para la aplicación del Programa de Intervención Cognitivo Conductual en ansiedad social, el participante y sus padres recibieron información detallada acerca de su problemática, explicándole el objetivo general como los objetivos específicos de su tratamiento según el modelo cognitivo conductual. Se explicó acerca del principio de confidencialidad para salvaguardar la integridad del paciente sobre la información clínica brindada y sus datos personales, concluyendo con la firma del consentimiento informado por parte de sus padres y del asentimiento informado por parte del paciente.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Tabla 20

Inventario de Personalidad de Eysenck- Forma A en el pre test y post test.

	Pre test	Post test
Inventario de Personalidad de Eysenck- Forma A	9	13
	Altamente introvertido	Tendencia introversión

Nota. En la Tabla 20 se observa la medida de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, antes y después de la aplicación del programa de intervención. Como se observa, antes del programa presentaba personalidad altamente introvertida con un puntaje de 9, y posterior al tratamiento obtuvo un puntaje de 13, indicando tendencia a la introversión.

Tabla 21:

Dimensiones del Inventario de Personalidad de Eysenck – Forma A en el pre test y post test.

	Dimensión	Pre test	Post test
Inventario de Personalidad de Eysenck- Forma A	Estabilidad – inestabilidad	17	15
		Tendencia estable	Estable

Nota. En la Tabla 21 se observa la medida de las dimensiones de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes, antes y después de la aplicación del programa de intervención. Como se observa, antes del programa presentaba en la dimensión de estabilidad- inestabilidad un puntaje de 17, indicando tendencia a la estabilidad y posterior al tratamiento obtuvo un puntaje de 15, indicando estabilidad.

Tabla 22

Ansiedad social según la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en el pre test y post test.

	Pre test	Post test
	50	31
Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)	Alto nivel de ansiedad social	Bajo nivel de ansiedad social

Nota. En la Tabla 22 se observa la medida de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), antes y después de la aplicación del programa de intervención. Como se observa, antes del programa presentaba en un alto nivel de ansiedad social con un puntaje de 50, y posterior al tratamiento obtuvo un puntaje de 31, indicando un nivel bajo de ansiedad social.

Tabla 23

Ansiedad social según dimensiones de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A) en el pretest y post test.

	Dimensión	Pre test	Post test
Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A)	Miedo a la evaluación negativa.	18 Alto	9 Bajo
	Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas.	16 Alto	7 Medio
	Ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general.	16 Alto	8 Bajo

Nota. En la Tabla 23 se observa la medida de las dimensiones de la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), antes y después de la intervención. Se observa que previo a la aplicación del programa de tratamiento, el puntaje en la dimensión de miedo a la evaluación negativa era de 18 correspondiente a un nivel alto, y posterior al tratamiento se obtuvo un puntaje de 9, correspondiente a un nivel bajo. En la dimensión de ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas se observa que previo a la intervención obtuvo un puntaje de 16, correspondiente al nivel alto, y posterior a la intervención obtuvo un puntaje de 7, correspondiente al nivel medio; y en la dimensión de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general se aprecia que antes de la aplicación del programa de intervención obtuvo un puntaje de 16, correspondiente a un nivel alto, y posterior al programa de intervención obtuvo un puntaje de 8, correspondiente a nivel bajo.

Tabla 24

Habilidades sociales según la Escala de Habilidades Sociales (EHS) en el pre test y post test.

	Pre test	Post test
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	23	57
	Nivel bajo de Habilidades Sociales	Nivel medio de Habilidades Sociales

Nota. En la Tabla 24 se observa la medida de la Escala de Habilidades Sociales (EHS), antes y después de la aplicación del programa de intervención. Como se observa, antes del programa presentaba en un alto nivel bajo de habilidades sociales con un puntaje de 23, y posterior al tratamiento obtuvo un puntaje de 57, indicando un nivel medio de habilidades sociales.

Tabla 25

Habilidades sociales según dimensiones de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) en el pre test y post test.

		Pre test	Post test
Escala de Habilidades Sociales (EHS)	Autoexpresión en situaciones sociales	16 Bajo	42 Promedio
	Defensa de los propios derechos como consumidor	13 Bajo	38 Promedio
	Expresión de enfado o disconformidad	8 Bajo	26 Promedio
	Decir no y cortar interacciones	13 Bajo	35 Promedio
	Hacer peticiones	26 Promedio	47 Promedio
	Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto	10 Bajo	16 Bajo

Nota. En la tabla 25 se observa la medida de las dimensiones de la Escala de Habilidades Sociales (EHS), antes y después de la intervención. Se observa que previo a la aplicación del programa de tratamiento, el puntaje en la dimensión de autoexpresión en situaciones sociales era de 16 correspondiente a un nivel bajo, y posterior al tratamiento se obtuvo un puntaje de 42, correspondiente a un nivel promedio. En la dimensión de defensa de los propios derechos como consumidor se observa que previo a la intervención obtuvo un puntaje de 13, correspondiente al nivel bajo, y posterior a la intervención obtuvo un puntaje de 38, correspondiente al nivel promedio; en la dimensión de expresión de enfado y disconformidad se aprecia que antes de la aplicación del programa de intervención obtuvo un puntaje de 8, correspondiente a un nivel bajo, y posterior al programa de intervención obtuvo un puntaje de 26, correspondiente a nivel promedio; en la dimensión de decir no y cortar interacciones se observa que previo a la intervención obtuvo un puntaje de 13, correspondiente al nivel bajo, y posterior a la intervención obtuvo un puntaje de 25, correspondiente al nivel promedio, en la

dimensión de hacer peticiones obtuvo un puntaje de 26 correspondiente a un nivel promedio previo al tratamiento y un puntaje de 47 correspondiente al nivel promedio después del tratamiento, y en la dimensión de iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto se observa que obtuvo un puntaje de 10 correspondiente a un nivel bajo previo a la intervención y un puntaje de 16 correspondiente a la categoría promedio posterior a la intervención.

Tabla 26

Escala de Unidades Subjetivas de Medida (SUDS) en el pre y post test.

Se usó el sistema de puntaje de 0 a 10.

			Pre test	Post test
Escala	de	Miedo	10	4
Unidades		Frustración	8	2
Subjetivas	de	Culpa	7	0
Medición.		Desmotivación	7	0

Nota. En la tabla 26 se observan los puntajes de la Escala de Unidades Subjetivas de Medida antes y después del proceso de intervención cognitivo conductual. Se aprecia que antes de la intervención, el paciente percibía un puntaje de 10 en la emoción de miedo, y posterior a la intervención denotó un puntaje de 4. En la emoción de frustración se observa un puntaje de 8 antes de la intervención y luego de esta, el puntaje denotado es de 2. En las emociones de culpa y desmotivación presentó puntajes de 7 previos a la psicoterapia, y posteriormente puntajes de 0 en ambas emociones.

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio de caso tuvo como objetivo *general disminuir la sintomatología de ansiedad social en un varón adolescente mediante la aplicación de un programa de intervención cognitivo conductual*. Los resultados demuestran la disminución de la

sintomatología de ansiedad social en el paciente mediante la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales, siendo similares a los resultados obtenidos en los trabajos de Mendoza (2020) y Fajardo (2018), quienes aplicaron programas de intervención psicoterapéuticos de enfoque cognitivo conductual a casos de adolescentes de 15 años con ansiedad social, demostrando eficacia en su intervención al lograr la reducción de los síntomas fisiológicos, cognitivos, emocionales y conductuales de sus pacientes.

Como objetivo específico 1, se determinó *reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad social mediante las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva*. El paciente al ingresar al tratamiento presentaba la siguiente sintomatología fisiológica: presión en el pecho, sensación de falta de aire, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración y temblores en manos, y náuseas. Sintomatología que se redujo al aplicar las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, manifestándose en ocasiones sudoración y temblores en manos en menor nivel solo cuando tiene que exponer con algún docente que considera más estricto y se le asemeja la conducta imperativa del padre, y cuando los trabajos grupales son espontáneos en el aula, sin un tiempo de preparación, sin embargo el paciente manifestaba que estos síntomas ya no representan un impedimento para realizar esas conductas al ser más manejables para él.

En el objetivo terapéutico 2 de *disminuir las distorsiones cognitivas mediante el autorregistro y las técnicas de la triple columna y reestructuración cognitiva: diálogo socrático, descubrimiento guiado y auto instrucciones*. El paciente al ingresar al tratamiento presentó pensamientos anticipatorios de distorsiones cognitivas como pensamiento dicotómico, lectura de pensamiento, filtraje y magnificación, que se presentaban constantemente cuando tenía que exponer en clase, hablar con sus compañeros de aula, participar en las clases, hora de recreo y hablar con personas desconocidas. Al culminar la intervención cognitivo conductual, se evidencia que el paciente ha mejorado significativamente disminuyendo la frecuencia con la

que aparecen estos pensamientos y el afrontamiento adecuado en las interacciones sociales al hablar con sus compañeros en la hora de recreo, las exposiciones y participaciones en clase con docentes con los cuales no se siente presionado y el establecer relaciones interpersonales con personas desconocidas.

En el objetivo terapéutico 3 de *reducir los síntomas emocionales a través la técnica de distracción externa*. Al inicio del tratamiento, el paciente presentó emociones de miedo, culpa, frustración y desmotivación en un nivel alto, experimentando el miedo en situaciones como salir a exponer en el aula, responder preguntas en clase, trabajos grupales, salir al recreo y hablar con personas desconocidas, sintiendo culpa cuando no puede realizarlas o cuando considera que no lo ha hecho bien, además; experimentando frustración y desmotivación por no saber cómo lidiar con esas situaciones. Después de la intervención, el paciente logró la reducción altamente significativa de las emociones de culpa, frustración y desmotivación logrando alcanzar estabilidad emocional al desempeñarse socialmente. Logró reducir significativamente la emoción de miedo, sobre todo en las situaciones de interacción dentro de la escuela como al exponer y participar en clases, y al relacionarse con sus compañeros en el recreo.

En el objetivo terapéutico 4 de reducir la frecuencia de conductas motoras mediante las técnicas de desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales como entrenamiento asertivo y ensayo conductual. El paciente al iniciar el tratamiento presentó conductas como como hablar muy rápido, trabarse y hablar muy rápido cuando tenía que salir a exponer frente a sus compañeros, disminuir el tono de voz cuando respondía a alguna pregunta en clases, quedarse callado al hacer trabajos en grupo y decir excusas cuando para no salir al recreo. Después de la intervención cognitivo conductual, el paciente logró reducir significativamente la frecuencia de estas conductas al aplicar las técnicas de desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales, logrando desenvolverse adecuadamente

en las exposiciones e intervenciones en clase, manifestándose en algunas ocasiones un tono de voz más bajo solo cuando tiene que exponer o intervenir en clases con algún docente que considera más estricto, sin embargo el paciente manifestaba que lograba realizarlo adecuadamente al tener los recursos para afrontarlo.

3.3. Seguimiento

Se realizó el seguimiento al paciente citándolo quincenalmente por dos meses, y luego una vez de manera mensual para continuar observando sus progresos. Posteriormente se le indicó que podía acudir a una cita de reforzamiento en caso experimentara mucho malestar en alguna ocasión.

IV. CONCLUSIONES

- Se ha logrado observar que, durante los seis meses de tratamiento, el paciente logró disminuir significativamente el nivel de ansiedad social presentado, tras la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual. Tanto el malestar fisiológico de presión en el pecho, aceleración del ritmo cardiaco y sensación de falta de aire se redujeron mediante la aplicación de las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva; el malestar cognitivo reflejado en sus pensamientos distorsionados disminuyó con la aplicación de las técnicas de la triple columna, reestructuración cognitiva (debate socrático y descubrimiento guiado) y autoinstrucciones; el malestar emocional percibido en sensaciones desagradables se redujo con la aplicación de la técnica de distracción externa; y las conductas motoras y de evitación se redujeron significativamente mediante las técnicas de desensibilización sistemática y entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento asertivo y ensayo conductual), logrando un mejor desempeño social del paciente en su entorno.
- En la sesión N° 10 se evidenció que la sudoración en las manos se mantiene solo en ciertas situaciones al exponer en el aula, a lo cual el paciente refiere que en la escuela hay docentes con los que siente más cómodo y seguro para salir a exponer, mientras que otros debido a su carácter, le generan malestar por su rectitud.
- Se evidencia que el malestar cognitivo se ha reducido significativamente, y los pensamientos distorsionados que aparecían previamente al enfrentamiento de situaciones sociales han reducido tras la aplicación de la técnica de la triple columna y el diálogo socrático, además del uso de la autoinstrucciones al afrontar estas situaciones. Sin embargo, estos pensamientos aún prevalecen en algunas ocasiones, sobre todo cuando tienen exposiciones o trabajos de grupo espontáneos en el aula, y para lo cual puede sentir que no se ha preparado previamente.

- Se ha logrado reducir significativamente el malestar emocional del paciente con la aplicación de la técnica de distracción externa, reduciendo el miedo al salir a exponer, participar en clase, salir al recreo y participar en trabajos grupales, disminuyendo también el nivel de culpa al observar que puede hacerlo adecuadamente y la frustración y desmotivación al notar que ha logrado mejorar. Sin embargo, se mantiene cierto nivel de miedo, aunque en menor intensidad cuando debe hacer estas actividades ante algunos docentes en particular.
- Se evidencia que se han reducido significativamente las conductas motoras con el afrontamiento adecuado al aplicar la técnica de desensibilización sistemática logrando un adecuado desempeño al exponer e intervenir en clase con adecuado tono y ritmo de voz, a excepción de algunas situaciones cuando tiene que hacerle con profesores que considera más estrictos, con quienes su tono de voz disminuye, pero no le causa complicaciones. Además, ha logrado desenvolverse óptimamente al relacionarse con sus compañeros en los trabajos grupales, salir al recreo y al hablar con personas desconocidas, con el uso del entrenamiento en habilidades sociales (entrenamiento asertivo y ensayo conductual).

V. RECOMENDACIONES

Respecto al presente trabajo de intervención cognitivo conductual, se recomienda lo siguiente:

- Se recomienda indagar de forma detallada y precisa en el malestar cognitivo del paciente, para aplicar con mayor énfasis el uso de las técnicas de reestructuración cognitiva, que le permitan fortalecer su habilidad de modificar y desarrollar pensamientos más funcionales de acuerdo con sus dificultades.
- Es recomendable adaptar el uso de la técnica de distracción externa en elementos que sean de mayor agrado del paciente y de actividades con las que sienta mayor atracción y preferencia (como salir a pasear y observar elementos que le llamen la atención o realizar alguna otra tarea que disfrute y así cambie su foco de atención), de manera que le resulte más sencillo y práctico la aplicación de esta técnica.
- El paciente debe seguir aplicando las técnicas cognitivo conductual que aprendió en el proceso de intervención, en situaciones que crea conveniente para evitar una recaída.
- Establecer estrategias apropiadas para la familia del paciente, de manera que se coopere con el tratamiento de su familiar con ansiedad social y obtener resultados más rápidos y exitosos durante la intervención.

VI. REFERENCIAS

- Alvarez García, H. B., y Heman Contreras, A. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ataques de pánico. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 7(1), 5-14.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7323084>
- American Psychological Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
https://www.academia.edu/40838674/DSM_5_Manual_diagn%C3%B3stico_y_estad%C3%ADstico_de_los_trastornos_mentales_copia
- American Psychological Association [APA] (s.f.). *Más allá de la preocupación*.
<https://www.apa.org/topics/anxiety/preocupacion.pdf>
- Arslan, M. (2015). *Intervención cognitivo-conductual en un caso clínico de fobia social*. [Tesis de pregrado, Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano]. Repositorio Institucional POLIGRAN.
<https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/635/trabajo%20de%20grado%20%20Merve%20Arslan%2001062016%20%20ultim.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Beck, A. T., y Clark, D. (2012). *Manual práctico para la ansiedad y las preocupaciones: La solución cognitivo-conductual*. Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brouwer.

- Bulacio, J., Vieyra, M., Álvarez, D., y Benatuil, D. (2004). *El uso de la psicoeducación como estrategia terapéutica*. En *XI Jornadas de Investigación* (pp. 1–16). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-029/16>
- Burns, D. (1995). *Sentirse bien: Cómo lograr una vida plena de energía y confianza en sí mismo(a) mediante el control de los estados de ánimo*. Editorial Paidós.
- Caballo, V. (2022). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (Vol. 1). Siglo XXI de España Editores.
- Camilli, C. R., y Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: Definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 8(1), 115–137.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales*. Desclée de Brouwer.
- Chóliz, M. (2014). *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. Editorial Lumbreira.
- Córdova, J. (2019). *Trastorno de fobia social y su incidencia en el ámbito académico en un paciente de 15 años*. [Trabajo de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio Institucional UTB. <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/6523/E-UTB-FCJSE-PSCLIN-000175.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fajardo, N. (2018). *Intervención cognitivo-conductual en un paciente con fobia social de 15 años: Estudio de caso único*. [Tesis de maestría, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional UNINORTE. <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10346/133894.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (12 de octubre de 2021). *La pandemia ha puesto en riesgo la salud mental de niñas, niños y adolescentes de América Latina y el Caribe*. <https://unicef.org.mx/ayudar-salud-mental/>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020, marzo–abril). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Huertas, L. (2018). *Estudio de caso clínico: Intervención cognitivo-conductual en un caso de fobia social* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio Institucional USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4532>
- Instituto de la Mente Infantil [CMI]. (2018). *Understanding anxiety in children and teens*. <http://www.infocoponline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento* (4.^a ed.). McGraw-Hill. <https://idoc.pub/documents/kerlinger-2002-kerlinger-investigacion-delcomportamiento-vnd15jqkdjnx>
- Lega, L., Caballo, V., y Ellis, A. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual* (2.^a ed.). Siglo XXI.
- Martínez-González, L., Olvera-Villanueva, G., y Villarreal-Ríos, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182f.pdf>
- Mendoza, H. G. (2020). *Terapia cognitivo-conductual aplicada a una adolescente con fobia social* [Trabajo de grado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4902>

- Minici, A., Rivadeneira, C., y Dahab, J. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 15. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/entrenamientoen-autoinstrucciones.pdf>
- Ministerio de Salud de Colombia [MINSALUD]. (12 de marzo de 2021). *Minsalud comprometido con la salud mental de los colombianos*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (2020). *Plan de salud mental Perú 2020–2021*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú [MINSA]. (3 de septiembre de 2021). *Ministerio de Salud atendió 813 426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542324-ministerio-de-salud-atendio-813-426-casos-de-salud-mental-entre-enero-y-agosto-de-2021>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (25 de junio de 2019). *Más del 60% de los pacientes que van a los servicios de salud mental son menores de 18 años de edad*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29765-mas-del-60-de-los-pacientes-que-van-a-los-servicios-de-salud-mental-son-menores-de-18-anos-de-edad>
- Ministerio de Sanidad de España. (2022). *Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud 2022–2026*. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
- Neria, M. (2017). Desensibilización sistemática y su aplicación para reducir la ansiedad. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 4(7). <https://doi.org/10.29057/esat.v4i7.2207>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (17 de junio de 2021). *Salud mental del adolescente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2 de marzo de 2022). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*.
<https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- Reynoso-Erazo, L., y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. El Manual Moderno.
- Riveros, F. (2019). *Estudio de caso clínico: Fobia social*. [Trabajo de segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/9734/N3.0538.SE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruíz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. España: Editorial Uned.
- Salgado-Lévano, C. (2018). *Manual de investigación: Teoría y práctica para hacer la tesis según la metodología cuantitativa*. Editorial de la Universidad Marcelino Champagnat.
- Schwarz, A., y Schwarz, A. (2017). *Relajación muscular progresiva de Jacobson*. Editorial Hispano Europea.
- Sobeida, M. (2018). *Técnica economía de fichas y su incidencia en la conducta agresiva* [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio URL.
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/22/Hi-Maria.pdf>

Sotelo, M. (2018). Fobia social y terapia cognitiva: Un estudio de caso basado en la evidencia.

Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 10(2), 131–156.

<https://doi.org/10.17533/udea.rp.v10n2a06>

Zaldívar, D. (1994). La terapia asertiva: Una estrategia para su empleo. *Revista Cubana de*

Psicología, 1(11), 60–61.

VII. ANEXOS

ANEXO A:

EYSENCK Y EYSENCK – FORMA A (NIÑOS)

INVENTARIO DE PERSONALIDAD

Instrucciones:

Aquí hay algunas preguntas acerca de la manera cómo tú te portas, sientes y actúas. Después de cada pregunta debes contestar “SI” o “NO”. Es decir, que pondrás un aspa o una cruz debajo de la columna “SI”, si la pregunta está de acuerdo con la manera que generalmente actúas o sientes. Y pondrás un aspa o una cruz debajo de la columna “NO”, si la pregunta no está de acuerdo con la manera que generalmente actúas o sientes.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?		
2. ¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos, que te den valor o ánimo?		
3. ¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápidamente (al toque) cuando la gente te conversa?		
4. ¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?		
5. ¿Eres triste?		
6. ¿Prefieres estar sólo, en vez de estar acompañado de otros niños?		
7. ¿Pasan ideas por tu cabeza que no te dejan dormir?		
8. ¿Siempre haces inmediatamente conforme lo dicen o mandan?		
9. ¿Te gustan las bromas pesadas?		
10. ¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razón especial?		
11. ¿Eres vivaz o alegre?		
12. ¿Alguna vez has desobedecido cierta regla en la escuela?		
13. ¿Te aburren o fastidian muchas cosas?		
14. ¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?		
15. ¿Te preocupas por cosas terribles o fies que pudieran sucederte?		
16. ¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?		
17. ¿Puedes hacer que una fiesta, paseo o juego sean alegres?		
18. ¿Sientes golpes en el corazón?		
19. ¿Cuándo conoces nuevos amigos, generalmente tú empiezas la conversación?		
20. ¿Has dicho alguna vez alguna mentira?		
21. ¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falta en el trabajo que haces?		
22. ¿Te gusta “cochinear” (haces bromas) y contar historietas graciosas a tus amigos?		

23.	¿A menudo te sientes cansado sin razón?		
24.	¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?		
25.	¿Estas generalmente alegre o contento?		
26.	¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?		
27.	¿Te gusta juntarte con otros chicos?		
28.	¿Dices tus oraciones todas las noches?		
29.	¿Tienes mareos?		
30.	¿Te gusta hacerles travesuras y jugarretas a otros?		
31.	¿Te sientes a menudo harto, hastiado?		
32.	¿Algunas veces alardeas, fanfarroneas o “tiras pana” un poco?		
33.	¿Estás generalmente tranquilo y callado cuando estás con otros niños?		
34.	¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla por mucho rato?		
35.	¿A menudo decides hacer las cosas de repente sin pensarlo?		
36.	¿Estás siempre callado y tranquilo en clase, aun cuando el profesor/a está fuera del salón?		
37.	¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?		
38.	¿Puedes generalmente participar y disfrutar de una fiesta o un paseo alegre?		
39.	¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?		
40.	¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de una persona o compañero?		
41.	¿Considerarías que eres feliz, suertudo, “lechero”?		
42.	¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridículo te quedas preocupado?		
43.	¿Te gustan a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolcarte?		
44.	¿Siempre comes todo lo que te dan en la comida?		
45.	¿Te es muy difícil aceptar que te digan “¿NO”, te nieguen algo o no te dejen hacer algo?		
46.	¿Te gusta salir a la calle bastante?		
47.	¿Sientes algunas veces que la vida ni vale la pena vivirla?		
48.	¿Has sido alguna vez insolente o malcriado con tus padres?		
49.	¿Las personas piensan que tú eres alegre o “vivo”?		
50.	¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estás haciendo un trabajo o una tarea?		
51.	¿Prefieres más estar sentado y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?		
52.	¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?		
53.	¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que tienes que hacer?		
54.	¿A menudo te sientes solo?		
55.	¿Te sientes tímido de hablar cuando conoces a una nueva persona?		
56.	¿A menudo te decides hacer algo cuando ya es muy tarde?		
57.	¿Cuándo las chicas/os te gritan, tú les gritas también?		
58.	¿Algunas veces te sientes muy alegre y otros momentos tristes sin ninguna razón especial?		
59.	¿Encuentras difícil disfrutar y divertirte en una fiesta, paseo o juego alegre?		

60. ¿A menudo te metes en problemas o líos porque haces las cosas sin pensar primero?		
---	--	--

ANEXO B:**PROTOCOLO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD PARA ADOLESCENTES (SAS-A)**

(La Greca y López, 1998; traduc. Olivares, 2001)

Nombres y apellidos: _____**Edad:** _____**Sexo:** _____

Por favor, contesta cada una de las frases que te proponemos tan honestamente como puedas. Solo se te pide tu valoración personal, la valoración el modo en el que percibes lo que se indica en la frase.

Usa la siguiente escala numérica para VALORAR como te refleja a ti lo que se indica en cada una de las frases que te proponemos.

1= *Nunca* // 2= *Pocas veces* // 3= *Algunas veces* // 4= *Bastantes veces* // (5) *Siempre*

Por ejemplo: Me gusta correr 1 2 3 4 5

Si rodeas con un círculo el número 4, significa que estás bastante de acuerdo con que te gusta correr. Por favor, rodea con un círculo el numero que mejor describa en qué medida te ocurre a ti lo que se dice en cada una de las frases que se te proponen.

1.	Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás.	1	2	3	4	5
2.	Me gusta hacer cosas con mis compañeros.	1	2	3	4	5
3.	Me preocupa ser evaluado/a por los demás.	1	2	3	4	5
4.	Me da vergüenza estar rodeado/a de personas que no conozco.	1	2	3	4	5
5.	Solo hablo con personas que conozco bien.	1	2	3	4	5
6.	Creo que mis compañeros/as hablan de mí a mis espaldas.	1	2	3	4	5
7.	Me gusta leer.	1	2	3	4	5
8.	Me preocupa lo que los demás piensen de mí.	1	2	3	4	5
9.	Pienso que lo que voy a hacer no gustará a los demás.	1	2	3	4	5
10	Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien	1	2	3	4	5

11	Me gustan los deportes.	1	2	3	4	5
12	Me preocupa lo que los demás digan de mí.	1	2	3	4	5
13	Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas	1	2	3	4	5
14	Me preocupa no gustar a los demás	1	2	3	4	5
15	Me quedo callado/a cuando estoy con/en un grupo de personas	1	2	3	4	5
16	Me gusta hacer cosas solo/a	1	2	3	4	5
17	Pienso que los demás se burlan de mi	1	2	3	4	5
18	Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos	1	2	3	4	5
19	Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen que no	1	2	3	4	5
20	Me pongo nervioso cuando estoy con otras personas	1	2	3	4	5
21	Siento vergüenza incluso cuando estoy con gente que conozco bien	1	2	3	4	5
22	Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo	1	2	3	4	5

ANEXO C:ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES**NOMBRE:**

EDAD: _____**SEXO:** _____**INSTRUCCIONES:**

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Para responder utilice la siguiente clave:

A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así

D = Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser tonto.	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	A B C D

9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca se cómo “cortar “a un amigo que habla mucho	A B C D
24. cuando decido que no me apetece volver a salir con unas personas, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	A B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo	A B C D
30. Cuando alguien se me “cuela” en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo, aunque tenga motivos justificados	A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o “quitarme de en medio “para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D
TOTAL	

ANEXO D:**CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES**

Yo, _____, de
 _____ años de edad, identificada con Documento Nacional de Identidad

_____, madre del menor

_____.

Yo, _____, de
 _____ años de edad, identificada con Documento Nacional de Identidad

_____, padre del menor

_____.

MANIFIESTAN:

Que consciente la participación voluntaria de su menor hijo _____, de
 _____ años, en el proceso de entrevista, evaluación e intervención psicológica a cargo de la
 Ps. Eliana Muñoz Gamarra, identificada con N° de colegiatura C.Ps.P. 32871.

Que hemos sido informados de que la información aportada al psicólogo/psicóloga durante el
 proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser
 divulgada a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso.

Que hemos sido informados que el/la psicólogo/psicóloga está obligado/a a revelar ante las
 instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudieran
 representar un riesgo muy grave para nuestro hijo/hija, terceras personas o bien porque así
 le fuera ordenado judicialmente. En el supuesto de que la autoridad judicial exija la
 revelación de alguna información, el/la psicólogo/psicóloga estará obligado/a a
 proporcionar sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión manteniendo la

confidencialidad de cualquier otra información.

Que aceptamos que como padres seremos informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con su evolución, manteniendo como confidenciales los datos que así hayamos acordado previamente entre nosotros, nuestro hijo/a y el/la terapeuta.

Fecha:

Firma de la madre

Firma del padre

Firma del menor

Firma del terapeuta