



Universidad del Azuay

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN ADOLESCENTES CON ANSIEDAD SOCIAL EN EL CENTRO DE DESARROLLO HUMANO INTEGRAL (DHUM) A TRAVÉS DEL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD”

Tesis previa a la obtención del título en Psicología Clínica

Autoras:

Gabriela Dayanna Duy Farfán

Viviana Alexandra León Paredes

Director:

Mg. Mario Moyano Moyano

CUENCA-ECUADOR

2020

DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro a mi familia: Lcda. Miriam Paredes. Sr. José León y Srta. Paola León, quienes han sido un pilar fundamental en este proceso, ya que sin su apoyo y cariño no hubiese sido posible este sueño. Además, quiero dedicar este esfuerzo a mis amigas y especialmente a mi pareja: Santiago Bonilla. que con su amor y comprensión me ha motivado por más de tres años, hasta lograr mi maravilloso objetivo: ser psicóloga clínica.

Viviana Alexandra León Paredes.

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo y trabajo a Dios, quien ha sabido iluminarme con sabiduría y paciencia. También, quiero dedicarlo a mis seres de luz, Enrique, Diana, Daniel y Copo, sobre todo por ofrecerme la inspiración y motivación que requerí para esforzarme cada día en el desarrollo de mi carrera, así como los recursos necesarios para hacer realidad este logro. Además, lo dedico con especial cariño a mis amigas por su apoyo, lealtad y compañerismo.

Gabriela Dayanna Duy Farfán.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, nuestros familiares, amigos, y maestros quienes han sabido guiarnos con paciencia y perseverancia en todo momento, sobretodo en el período de pandemia que ha implicado mayor esfuerzo y habituación. Del mismo modo, otorgamos un especial reconocimiento a las personas que participaron en este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	v
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO 1	1
ANSIEDAD SOCIAL.....	1
1. Introducción.....	1
1.1. Antecedentes históricos.....	1
1.2. Definiciones de la ansiedad social.....	2
1.3. Manifestaciones clínicas del trastorno de ansiedad social.....	3
1.4. Diagnóstico clínico	7
1.4.1. Diagnóstico clínico basado en el DSM-V.....	7
1.4.2. Diagnóstico clínico basado en la CIE-10.....	8
1.4.3. Diagnóstico diferencial	9
1.5. Factores etiológicos	11
1.6. Tratamientos.....	13
1.6.1. Farmacológico	13
1.6.2. Psicológico	14
1.7. Instrumentos TAS.....	17
1.8. Conclusiones.....	19
CAPÍTULO 2	20
MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD.....	20
2. Introducción.....	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Definiciones de lo integrativo	21

2.2.1.	Modelo integrativo desde el psicoanálisis.....	22
2.2.2.	Modelo integrativo desde el conductismo.....	22
2.3.	Bases teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	22
2.3.1.	Tipologías de personalidad.....	24
2.3.2.	Rasgos de personalidad.....	26
2.3.3.	Rasgos característicos	26
2.4.	Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	32
2.4.1.	Etapas del proceso en el modelo integrativo ecuatoriano	33
2.5	Propuesta de intervención terapéutica aplicada al TAS.....	35
2.5.2	Procedimiento	36
2.5.3	Instrumentos y métodos.....	37
2.5.4.	Planificación	38
2.5.4.1	Descripción de objetivos y técnicas planteados.....	41
2.5.4.1.1	Nivel de asesoramiento.....	41
2.5.4.1.2	Nivel sintomático	43
2.5.4.1.3	Nivel de personalidad	47
2.6	Conclusiones:.....	49
CAPÍTULO 3	.....	51
ESTUDIO DE CASOS	.....	51
CASO A.	.....	51
CASO K.....	.....	59
CASO D.....	.....	66
CASO S.....	.....	74
CONCLUSIONES GENERALES .....	.....	84
RECOMENDACIONES.....	.....	86
BIBLIOGRAFÍA.....	.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Objetivos del Modelo Integrativo.....	38
Figura 2: Resultados cuantitativos caso A.....	59
Figura 3: Resultados cuantitativos caso K.....	66
Figura 4: Resultados cuantitativos caso D.....	74
Figura 5: Resultados cuantitativos caso S.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Instrumentos de evaluación TAS.....	17
Tabla 2: Tipologías de personalidad.....	24
Tabla 3: Rasgos característicos de personalidad con predominio afectivo.....	26
Tabla 4: Rasgos característicos con predominio cognitivo.....	28
Tabla 5: Rasgos característicos con predominio comportamental.....	29
Tabla 6: Rasgos característicos de personalidad con déficit relacional.....	30
Tabla 7: Rasgos característicos de personalidad con déficit relacional.....	31
Tabla 8: Plan de intervención.....	38
Tabla 9: Planificación caso A.....	52
Tabla 10: Planificación caso K.....	60
Tabla 11: Planificación caso D.....	67
Tabla 12: Planificación caso S.....	76

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: FIEPS.....	93
Anexo 2: Escala de ansiedad social de Liebowitz.....	94
Anexo 3: Inventario de Fobia Social.....	96
Anexo 4: Cuestionario de personalidad SEAPsI.....	97
Anexo 5: Tríptico ansiedad social.....	102
Anexo 6: Vencer la pasividad.....	104
Anexo 7: Ficha de resolución de problemas.....	106
Anexo 8: Mapa del problema.....	107
Anexo 9: Técnica para tratar con los demás.....	108
Anexo 10: Aprendiendo a quererse.....	109
Anexo 11: Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos.....	110
Anexo 12: Ficha lectura de mente.....	112
Anexo 13: Autorregistro ABC con trampas del pensamiento.....	113

Anexo 14: Técnica “hoy seré”	114
Anexo 15: De cinturón blanco a cinturón negro, afrontando los miedos paso a paso	115
Anexo 16: La prueba de fuego	116
Anexo 17: Consentimiento informado.....	118
Anexo 18: FIEPS caso A	119
Anexo 19: Informes caso A	122
Anexo 20: FIEPS caso K	140
Anexo 21: Informes caso K	145
Anexo 22: FIEPS caso D	161
Anexo 23: Informes caso D	167
Anexo 24: FIEPS caso S.....	187
Anexo 25: Informes caso S	193
Anexo 26: Resultados de casos (cuantitativos)	214
Anexo 27: Protocolo de trabajo de titulación.....	215

RESUMEN

La presente investigación consiste en el “Diseño de una propuesta de intervención en adolescentes con ansiedad social, en el Centro de Desarrollo Humano Integral (DHUM) a través del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”. Por esta razón, se seleccionó a participantes en un rango de 12 a 16 años de edad, los cuales presentan un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Social (TAS). Cabe mencionar que, esta investigación está orientada en un enfoque cualitativo, prospectiva y explorativa, por lo que se utilizó las escalas LSAS, SPIN y SEAPSI, entrevistas y registros terapéuticos para la evaluación; posteriormente, se propuso un diseño de estrategias o técnicas válidas y adaptadas para el tratamiento del TAS en relación directa con el tipo de personalidad. Dando como resultado de la propuesta un 25% de efectividad clínicamente significativa; mientras que el 75% tuvo cambios favorables, pero no representativos.

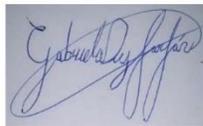
Palabras clave: ansiedad social, adolescentes, personalidad, terapia integrativa.

ABSTRACT

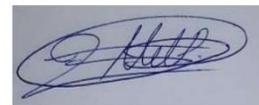
This research carried out a "Design of an intervention proposal in adolescents with social anxiety, in the Center for Integral Human Development (DHUM) through the Integrative Model Focused on Personality". For this reason, participants were selected in a range of 12 to 16 years of age, who present a diagnosis of Social Anxiety Disorder (SAD). It is worth mentioning that this research was developed under a qualitative, prospective and explorative approach. The LSAS, SPIN and SEAPSI scales, interviews and therapeutic records were used for evaluation. A design of valid and adapted strategies or techniques was proposed for the treatment of SAD in direct relation to the type of personality. The results showed a 25% clinically significant effectiveness; while 75% had favorable changes, but not representative.

Key words: social anxiety, adolescents, personality, integrative therapy.

Translated by



Gabriela Dayanna Duy Farfán



Viviana Alexandra León Paredes



INTRODUCCIÓN

La elaboración de este proyecto se ha basado en diversos estudios acerca de la ansiedad social en adolescentes, teniendo presente que alrededor de los 11 años, las amistades se vuelven más intensas e íntimas, puesto que a partir de dicha edad se desarrolla su cognición social y razonamiento moral, por lo que se generan reglas o estándares impuestas por el grupo social y al no poder cumplirlas, ocasionan sintomatología ansiosa y/o depresiva (Berger, 2016).

Además, la ansiedad social se manifiesta en hombres y mujeres sin distinción de edad; sin embargo, no se puede aseverar que sea mundial. Por ello, se han realizado diversos estudios para conocer cuán común es la ansiedad social y la timidez.

Entre ellos tenemos la investigación de Carducci y Zimbardo, (1995); Henderson y Zimbardo, (1999); Zimbardo, Pilkonis y Norwood, (1975) (citado por Martín & Swinson, 2014), descubrieron que:

El 40% de las personas a las que habían preguntado se consideraban crónicamente tímidas, hasta el punto de admitir que tenían un problema. Otro 40% afirmaba haber sentido timidez en algún momento de su vida. El 15% se consideraba tímido en determinadas circunstancias y solo el 5% afirmaba no haber sentido jamás vergüenza. (p. 29)

Cabe mencionar, que los individuos que experimentan ansiedad social no solamente temen a la evaluación negativa por parte de los demás; sino, también interiorizan reglas y metas irreales, que no pueden alcanzar, dando como resultado la frustración a más de condicionar su pensamiento distorsionado “no puedo hacer frente a las situaciones sociales” (Clark & Beck, 2018).

Por otra parte, el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad infiere que no es un requisito llegar a una determinada edad para tipificar la personalidad, ya que esta se forma desde la concepción desarrollándose a lo largo de las etapas evolutivas, misma que está sometida a influencias ambientales que potencian o transforman la estructura básica; sin

embargo, permanece el mismo patrón básico. De igual modo, los rasgos en la niñez son descriptibles (Balarezo, 2010).

Por tal motivo, este proyecto cuenta con tres capítulos, los cuales abarcan:

En primer lugar, se abordan aspectos vinculados a la ansiedad social, los cuales engloban: antecedentes históricos, definiciones de ansiedad social enfocadas en diversas corrientes psicológicas, diagnósticos clínicos basados en el DSM-V y CIE-10, los cuales incluyen características diferenciales, manifestaciones clínicas, factores etiológicos, instrumentos para la evaluación del TAS, tratamientos psicológicos y farmacológicos.

En segundo lugar, se expone el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad con sus antecedentes, definiciones encaminadas a lo psicoanalítico y conductismo, además, se profundiza sobre el interaccionismo y las bases teóricas de dicho modelo puntualizando las tipologías y rasgos característicos de la personalidad. Del mismo modo, se enfatizan las bases metodológicas del modelo, enfocándose en las cinco etapas del modelo integrativo ecuatoriano, mismo que se totaliza en la elaboración de una planificación terapéutica centrada en el TAS.

En tercer lugar, se incluyen los casos clínicos, mismo que contienen datos informativos, motivo de consulta, antecedentes disfuncionales, interpretación de resultados de los cuestionarios aplicados, planificación adaptada a cada adolescente, evolución y conclusiones de los resultados, tanto cualitativos como cuantitativos.

Finalmente, se detallan las conclusiones y recomendaciones de manera general en base a este estudio, así como los anexos pertinentes para la disposición a los lectores interesados en la aplicación de las estrategias adaptadas.

CAPÍTULO 1

ANSIEDAD SOCIAL

1. Introducción

La siguiente investigación tiene como primacía abordar el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), sus antecedentes históricos, definiciones, factores etiológicos, características clínicas, criterios diagnósticos y diferenciales, así como los instrumentos psicológicos más afines, tipos de evaluación que suelen ser utilizados para medir la gravedad de los síntomas o signos. Toda esta información tiene el objetivo de brindar un estudio profundo en cuanto al TAS, de manera que el o los lectores tengan una amplia visión acerca del tema con total claridad.

1.1. Antecedentes históricos

La fobia social no había sido reconocida como entidad clínica hasta que en el año de 1980 fue descrita y publicada por el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-III); sin embargo, en ciertos textos remotos se han recogido casos de sujetos que presentaban conductas o comportamientos que iban más allá de una simple introversión, tal es el caso de la obra ‘Anatomía de la Melancolía’ escrita por Robert Burton en 1945, en esta menciona a un paciente atendido por Hipócrates, quien evitaba constantemente entablar conversaciones con otros, ya que temía usar erróneamente algún gesto mientras hablaba y de esta manera producirle la deshonra ante la persona o personas que lo escuchaban. La evitación excesiva del contacto ocular fue descrita por Beard, quien mencionaba que dicha actitud estaba relacionada con un temor mórbido a ser juzgado por otros. En Europa por primera vez la Fobia Social fue descrita ampliamente por Marks y Gelder en 1966, entendiéndola como un padecimiento que abarcaba síntomas como miedo a presentarse ante un público, a comer en restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes por el temor a ruborizarse o a presentar temblores en distintas partes de su cuerpo. Dicho trastorno empezó a tener relevancia a finales de los años ochenta; sin embargo, en América del Norte su evaluación y diagnóstico ha sido primordial a partir de los años 70 y 80; a pesar de ello, las investigaciones realizadas en dichos años son fundamentales para

abordar el TAS, especialmente aquellas que están relacionadas con habilidades sociales y entrenamiento asertivo. Se han establecido una serie de razones por las que la fobia social se ha tardado varios años en no ser reconocida de manera clínica, una de ellas está relacionada con los escasos estudios con respecto a tratamientos de dicho trastorno, así como la evitación a interactuar con extraños incluyendo a un terapeuta y los trastornos comórbidos presentes, los cuales posicionan a la ansiedad social en segundo plano. Cabe mencionar, que una de las razones más importantes son las actitudes ansiosas ante situaciones sociales que son experimentadas a nivel universal, por lo que han sido normalizadas, refiriéndose a muchas de ellas como una simple timidez sin considerar el grado de malestar en las diversas áreas de la vida del sujeto, a pesar de ello, actualmente las investigaciones sobre el tema han incrementado considerablemente (Caballo, V; Verania, A; Bas, F, 1997).

Por tales hechos, Marshall en Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia y Hofmann (2018) mencionan que un temor primitivo y fundamental de los seres humanos es el rechazo del grupo social, lo cual corresponde a sobrevivir solo en un ambiente potencialmente peligroso, que podría llevarlo a la muerte, por lo que una persona con dicho trastorno supone de manera errónea que ante toda circunstancia social corre un riesgo de vida o muerte. Las personas con ansiedad social suelen presentar expectativas de éxito más baja que el resto de la población.

1.2. Definiciones de la ansiedad social

Posteriormente se establecen determinadas posturas de diversos enfoques psicológicos en relación a la ansiedad social.

Pierre Naveau del enfoque psicoanalítico considera que:

La fobia social en la psicosis es como un intento de defensa frente a un lazo social amenazante, que busca borrar la enunciación del sujeto. Es decir, no solo se produce una respuesta automática, sino una respuesta singular del sujeto, la cual podremos determinar como una angustia fundamental para todo síntoma y esta se vinculará con las relaciones esenciales del deseo del Otro (Blanco, Bolpe, Erbetta, González, & Volta, 2015).

Además, Freud afirmó que:

La ansiedad es como una transformación tóxica de nuestras energías, de un Ello que necesita determinadas cosas y que no puede alcanzar ni satisfacer. También de esas

obsesiones que a menudo escondemos y que nos traen miedos injustificados o incluso la sombra persistente de ciertos traumas enquistados. (Sabater V. , 2018, pág. 1)

Mientras tanto en el enfoque cognitivo-conductual se manifiesta que “para algunas personas, la ansiedad puede llegar a resultar abrumadora, caracterizada por excesivas y persistentes sensaciones de aprensión, zozobra, tensión y nerviosismo frente a unas situaciones cotidianas que la mayoría de la gente afronta sin mayores problemas” (Clark & Beck, 2018, págs. 15-16).

Desde una visión constructivista fenomenológica hermenéutica Arciero y Bondolfi en Schaefer y Rubí, (2015) mencionan que, en la ansiedad social operan dos sistemas, por un lado, se encuentra la orientación outward (externamente orientado) e inward (internamente orientado) acompañadas por un estilo de personalidad denominada “hipocondríaco-histórico”, el cual promueve la inclinación de la persona a tales funcionamientos.

Por lo tanto, la ansiedad social se puede conceptualizar como miedo o temor a enfrentarse ante ciertas situaciones sociales debido a la angustia consciente e inconsciente interiorizada, ya sea de manera aprendida por observación o por el hecho de haber experimentado episodios traumáticos en relación al desenvolvimiento social, generando en la persona síntomas fisiológicos, emocionales y psíquicos que conllevan un deterioro significativo en distintas áreas del funcionamiento. Cabe mencionar, que otros aspectos son relevantes en su desarrollo, tal es el caso de la personalidad, la cual es considerada una estructura interna organizada por componentes sociales, biológicos y psicológicos. De igual forma, la poca o nula estimulación en los estadios tempranos de vinculación sensorial, relaciones familiares rígidas e impersonales, comunicaciones parentales distantes, escasas o impulsivas son factores esenciales en la construcción o composición de dicho trastorno.

1.3. Manifestaciones clínicas del trastorno de ansiedad social

Caballo et al. (2018) indican que, el temor principal corresponde a la evaluación negativa realizada por los demás en un contexto social, como puede ser en una reunión, charla, una cita con alguien, el interactuar con desconocidos, etc. Ante dichas situaciones la mayor preocupación de la persona con ansiedad social es ser valorada negativamente por otros, ya sea por su actuación, desempeño o por manifestar síntomas físicos.

En relación a lo anterior, las personas con TAS muestran generalmente manifestaciones en los tres sistemas de respuesta del organismo. Por una parte, el conductual/motor como el

comportamiento frío, distante y tenso con desconocidos, escape de las situaciones sociales temidas, vigilancia y alerta constantes ante amenazas sociales potenciales, contacto ocular escaso con extraños, reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla, etc. Por otra, el emocional/fisiológico, en el que se manifiestan las palpitaciones, tensión muscular, rubor facial, sudor, náuseas o mareos, sensación de desmayo. Y, finalmente, el cognitivo/verbal caracterizado por exageración de los riesgos asociados a nuevas actividades; bloquearse; autoverbalizaciones negativas; hipervigilante ante las reacciones de los demás (Caballo, Salazar, Garrido, Iruña, & Hofmann, 2018).

En cuanto a los síntomas cognitivos del TAS en adolescentes se pueden mencionar los siguientes: miedo a perder el control, a ser incapaz de hacer frente a la situación; miedo a lesiones y muerte; miedo a “volverse loco”; miedo a una evaluación negativa por parte de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad y desapego; falta de concentración, confusión; distracción; mala memoria; dificultad para razonar, pérdida de objetividad. Los síntomas conductuales se caracterizan por la evitación de indicadores (o situaciones) de amenaza; escape, huida; búsqueda de seguridad y tranquilidad; inquietud, agitación, andar de un lado para el otro; hiperventilación; quedarse inmóvil; dificultad para hablar. Los síntomas emocionales destacan por causar en el individuo síntomas nerviosos, tensos, alterados, asustados, temerosos, aterrorizados, quisquillosos, irritables, fastidiosos, impacientes y frustrados (Clark & Beck, 2018).

Con respecto al área cognitivo-conductual es necesario mencionar que existen una serie de supuestos relacionados con sí mismos y el entorno social, como lo son: normas excesivamente altas de actuación social (siempre debería tener algo interesante que decir); creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación (sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar); creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo (no soy suficientemente hábil) (Bravo & Padrós, 2016).

Por consiguiente, los individuos con ansiedad social construyen una representación mental de cómo los ven, incluyendo imágenes negativas y distorsionadas de sí mismo, visto desde la perspectiva de un observador. Estas imágenes están relacionadas con recuerdos tempranos de sucesos sociales desfavorables, como haber sufrido acoso, por lo que critican su comportamiento con crueldad. Por otro lado, el temor a la evaluación positiva puede desarrollarse a partir de una actuación social exitosa en la que el sujeto mantenga

pensamientos de “ahora todos van a esperar más de mí, pero no sé si pueda hacerlo”, por tal razón prefieren mantener un perfil de estatus social bajo (Barlow, 2018).

Ahora bien, hay quienes optan por lidiar con sus síntomas porque no pueden evitarlos; sin embargo, las consecuencias de dichas acciones generan mayores niveles de malestar a largo plazo. Posteriormente, el sujeto adopta comportamientos de seguridad como ir a una fiesta, sólo si asiste un amigo con quien se siente a salvo; lo que considera una estrategia para permanecer dentro de la interacción social, no es más que un engaño, ya que, al continuar con estas conductas no genera nuevas formas adaptativas de hacer frente a la ansiedad (Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia, & Hofmann, 2018).

No obstante, en el área de personalidad, los adolescentes con TAS suelen destacar por un rasgo temperamental denominado inhibición conductual (IC), el cual es consistente y está determinado biológicamente por lo que, en la relación contextual, estas personas experimentan niveles altos de estrés y ansiedad en las actividades que impliquen interactuar con otros, permaneciendo con una conducta retraída y dificultades de adaptación a largo plazo. También los niños con padres que presentan trastornos de ansiedad son propensos a desarrollar IC y patologías similares a las de sus progenitores (Ordóñez, Espinosa, García, & Muela, 2013).

Cabe mencionar que, la timidez como un rasgo, consiste en responder con ansiedad, mayor conciencia de sí mismo como ser social y retraimiento, por lo que un individuo con un elevado rasgo de introversión tiende a experimentar mayor activación en situaciones sociales, de tal forma que, la ansiedad social se correlaciona con los comportamientos de dicho rasgo; sin embargo, la timidez y el TAS se diferencian por el grado de deterioro social y laboral, el cual es mayor en el trastorno e igualmente su condición es crónica, ya que la timidez podría aparecer en etapas tempranas de la vida y luego desaparecer; por lo tanto, los síntomas son clínicamente significativos en la ansiedad social, destacando la evitación (Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia, & Hofmann, 2018).

En relación a lo anterior, Caballo et al. (2010) en su investigación ‘Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad’ cita algunos estudios acerca de la fobia social en relación directa con rasgos y/o trastornos de personalidad, como en el estudio de Turner, Beidel y Townsley (1992) encontraron, en una muestra de 80 pacientes con fobia social que los trastornos de la personalidad comórbidos eran: 17% evitativo, 7%

obsesivo compulsivo, 2% dependiente y 1% antisocial. Jansen, Arntz, Merckelbach y Mersch (1994) tenían una muestra de 32 pacientes con fobia social y hallaron que el 31.3% tenía además el trastorno de la personalidad por evitación, el 31.3% el dependiente, el 15.6 % obsesivo compulsivo, el 12.5% paranoide, el 6.3% histriónico, el 6.3% narcisista, el 6.3% límite, el 6.3% antisocial, el 3.1% autodestructivo y el 3.1% el esquizotípico. Sanderson, Wetzler, Beck y Betz (1994) encontraron que, de 211 pacientes con fobia social, el 37.3% tenía un trastorno de la personalidad por evitación, el 17.6% por dependencia, el 3.9% obsesivo compulsivo, el 3.9% narcisista, el 2% un trastorno pasivo agresivo de la personalidad, el 2% un trastorno histriónico y el 2% un trastorno paranoide de la personalidad.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio ‘relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad’, vemos que la ansiedad social está muy relacionada con el estilo/trastorno de la personalidad por evitación. La coincidencia de la ansiedad social y el trastorno de la personalidad por evitación ha sido planteada en otros estudios y, en todos los casos es la relación más potente y significativa cuando se compara con los restantes trastornos de la personalidad (Caballo, Salazar, M, B, & Guillén, 2010, pág. 272).

En ese sentido, es necesario recordar que las personas con características evitativas, pertenecen al grupo de personalidades con déficit relacional, que para Balarezo (2010) son aquellas que:

Presentan predominio de la estructura introvertida, inhibiciones mayores en sus regiones frontales, déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, dominancia del sistema parasimpático con desequilibrios del sistema adrenérgico-colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral. Las personalidades evitativas presentan una neurobiología larvada de fobia social, los dependientes presentan rasgos ansiosos genéticos y en los esquizoides se evidencia correlación con trastornos esquizofrénicos. Los evitativos presentan sensibilidad de receptores serotoninérgicos mientras que los dependientes denotan hipersensibilidad a estos mismos receptores y en los trastornos esquizoides se evidencia déficit de actividad dopaminérgica frontal que sería el indicador biológico del rasgo cognitivo de la personalidad. (p.105-106)

Por otro lado, la variable sexual, la cual está estrechamente relacionada con la vida sentimental de la persona que sufre dicho trastorno suele encontrarse deteriorada; es decir, a diferencia de sus pares no ansiosos tienen un número reducido de parejas e incluso su probabilidad de contraer matrimonio o involucrarse en relaciones formales es baja incluyendo la comparación con individuos que presentan otro tipo de trastornos ansiosos (agorafobia y trastorno de pánico), esto debido a sus creencias con respecto al desempeño social, e incluso los niveles de ansiedad suelen ser más elevados frente a una persona que consideran atractiva, ya que, intentan juzgar el grado en que la representación mental de su apariencia y conducta coincide con los estándares establecidos por los otros. Por supuesto, dadas las distorsiones cognitivas relacionadas con sí mismos, es posible que lleguen a la conclusión de que no podrán alcanzar tales expectativas, recurriendo a la evitación (Barlow, 2018).

Además, la adolescencia es la etapa en la que el desarrollo social se entiende como la búsqueda de una comprensión consistente de uno mismo, lo cual engloba la identidad sexual, es decir, el pensamiento y las necesidades de relaciones amorosas comienzan alrededor de los 13 y 14 años, por lo que, algunos adolescentes se ven atraídos por el sexo opuesto; sin embargo, muchos de ellos perciben como atractivos a pares del mismo sexo. Obviamente, la cultura ejerce una influencia poderosa, no sólo en relación con la aceptación social, sino también respecto a la autoaceptación. En todo el mundo, adolescentes homosexuales prefieren emparejarse con individuos del sexo opuesto para esconder su orientación; ya que, a lo largo del tiempo han sido blancos de humillaciones, rechazo y exclusión social; esta situación emocional se denomina estrés de las “minorías”, el cual sufre frecuentemente dicha población, debido a que el estigma-discriminación, comienza en el grupo familiar; por tanto, son propensos a experimentar ansiedad social y otros tipos de trastornos del ánimo, tal es el caso de la depresión o distimia. Sin embargo, existe un número reducido de investigaciones con respecto a la relación orientación sexual y TAS (Campo, Vanegas, & Herazo, 2017).

1.4.Diagnóstico clínico

1.4.1. Diagnóstico clínico basado en el DSM-V

Según APA (2014) los criterios clínicos que debe cumplir una persona para ser diagnosticada con TAS son:

- A) Miedo o ansiedad intensos 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 (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla).
- 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 ofendan a otras personas).
- C) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- D) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistentes y dura típicamente seis o más meses.
- G) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H) El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) ni a otra afección médica.
- 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.
- J) Si existe otra enfermedad (enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

1.4.2. Diagnóstico clínico basado en la CIE-10

En cuanto a la OMS (1992) las pautas para el diagnóstico de Trastorno de fobia social, se presentan a continuación:

- A) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.

- B) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- C) Es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

1.4.3. Diagnóstico diferencial

A continuación, se establece la exclusión de otras posibles causas que presentan un cuadro clínico semejante al mencionado.

Según APA (2014) la siguiente distinción es significativa para proporcionar un diagnóstico acertado:

Timidez normal: la timidez es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo, incluso se evalúa de forma positiva. Sin embargo, se debería considerar un trastorno cuando exista un impacto negativo considerable en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes del funcionamiento.

Agorafobia: estas personas pueden temer y evitar las situaciones sociales cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico, mientras que las personas con TAS presentan temor a las evaluaciones negativas; además una persona con TAS es capaz de guardar la calma si se los deja solos, pero un agorafóbico no.

Trastorno de pánico: las personas con TAS pueden tener crisis de pánico, pero la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en las crisis de pánico en sí mismas.

Trastorno de ansiedad generalizada: las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. Se puede tener una preocupación excesiva por la calidad de su desempeño social, pero esas preocupaciones están ligadas a la conducta no social y con situaciones en las que el sujeto no está siendo evaluado por los demás.

Trastorno de ansiedad por separación: pueden evitar entornos sociales, porque les preocupa la separación de las figuras de apego; es decir, estas personas se sienten cómodas y seguras cuando sus figuras de apego se encuentran en casa, mientras que una persona con TAS puede sentirse incómoda en su casa o ante la presencia de las figuras de apego.

Fobias específicas: pueden temer a la vergüenza o a la humillación, pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo: pueden no hablar por miedo a la evaluación negativa, pero no sienten miedo a dicha evaluación en las situaciones sociales en que no se requiere hablar.

Trastorno depresivo mayor: a ellos les puede preocupar que los demás les evalúen negativamente porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos.

Trastorno dismórfico corporal: están preocupados por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que no son observables por los demás, esta preocupación causa por lo general ansiedad social y evitación. Si sus miedos sociales y la evitación son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justificaría un diagnóstico independiente de TAS.

Trastorno delirante: pueden tener delirios no extravagantes y alucinaciones relacionadas con un tema delirante que se centra en ser rechazado u ofender a los demás.

Trastorno del espectro autista: la ansiedad social y los déficits de la comunicación social son característicos del trastorno del espectro autista.

Trastornos de la personalidad: el trastorno que aparentemente más se superpone es el trastorno de personalidad evitativa. Los individuos con trastorno de personalidad evitativa tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con TAS. Sin embargo, el trastorno de ansiedad social presenta típicamente comorbilidad con el trastorno de personalidad evitativa que, con otros trastornos de personalidad, y el trastorno de personalidad evitativa presenta más comorbilidad con el trastorno de ansiedad social que con los otros trastornos de ansiedad.

Otros trastornos mentales: los miedos sociales y el malestar social pueden formar parte de la esquizofrenia, pero existe evidencia de la presencia de otros síntomas psicóticos. En los individuos con trastorno de la alimentación, antes de realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social es importante determinar que el miedo a una evaluación negativa de los síntomas o comportamientos del trastorno no debe ser la única fuente de ansiedad social. Del mismo modo, el trastorno obsesivo-compulsivo puede estar asociado con la ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de TAS solo se utiliza cuando los miedos sociales y la evitación son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas: las enfermedades médicas pueden producir síntomas que pueden ser embarazosos. Cuando el miedo a la evaluación negativa debido a otras afecciones médicas es excesivo, se debe considerar el diagnóstico de TAS.

Trastorno negativista desafiante: la negativa a hablar debido a una oposición hacia las figuras de autoridad debe diferenciarse de la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa

En relación a lo anterior, la CIE-10 menciona los siguientes aspectos:

Hay que tener en cuenta que con frecuencia los síntomas agorafóbicos y depresivos son destacados y que ambos tipos pueden contribuir a que el afectado se recluya en su hogar. Si la distinción entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil, debe darse preferencia al de agorafobia. No debe hacerse un diagnóstico de depresión, a menos que pueda identificarse claramente un síndrome depresivo florido (OMS, 1992, pág. 173).

1.5. Factores etiológicos

Cuando se habla de ansiedad social, parece existir una preparación evolutiva para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo; sin embargo, no se puede ignorar la teoría de la preparación biológica de las fobias, la cual tiene una serie de problemas y limitaciones, pero para hablar de éstos, deben hallarse el o los estímulos potencialmente fóbicos que se asocien al menos una vez con una experiencia aversiva, directa o indirecta. Por tanto, aunque las expresiones faciales sean más fáciles de temer por preparación biológica, por prepotencia evolutiva y/o por otros factores, lo verídico es que existe una susceptibilidad en la especie humana a la crítica y a la desaprobación social y que todos experimentan ansiedad social en algún punto de su vida, principalmente en la adolescencia (Bados, 2017).

Es imperioso mencionar que, las experiencias estresantes constituyen una de las variables importantes para la adquisición del TAS, las cuales incluyen acontecimientos que podrían llegar a desencadenar la ansiedad social, uno de estos corresponden al acoso escolar, teniendo en cuenta que el niño manifieste inhibición conductual (vulnerabilidad biológica), sobreprotección por parte de los padres o cuidadores (vulnerabilidad psicológica); por lo tanto, estas tres variables favorecerían al desarrollo del TAS a temprana edad, así como también el abuso sexual, el maltrato por parte de los padres/cuidadores, ser criticado por los maestros en clase, entre otros (Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia, & Hofmann, 2018).

Un aspecto importante al explicar el origen del TAS es la interrelación entre factores biológicos y psicosociales en un individuo. Con respecto a los primeros, se debe considerar la heredabilidad; es decir, familiares en primer grado con trastornos de ansiedad; un tipo de temperamento denominado inhibición conductual, lo cual hace referencia a sujetos que nacen con un umbral más bajo para la activación, por lo que tienden a ser vulnerables ante el frío, el hambre, a la inseguridad y a la enfermedad; una elevada activación del sistema nervioso autónomo y mayor sensibilidad a la ansiedad (mostrar temor cuando experimentan síntomas físicos). Con respecto al segundo, puede comprenderse analizando la educación que recibieron por parte de sus tutores legales, lo cual engloba habilidades de afrontamiento, las experiencias que vivieron, los estilos de crianza caracterizados por el perfeccionismo, exigencias o aquellas en las que se impone la vergüenza como un método de educación sesgado. De la misma manera, la disciplina impuesta por los cuidadores o padres, las experiencias con los progenitores, demás familiares y el contexto sociocultural que rodea a la persona, conllevan a que construya patrones de pensamientos rígidos con respecto a las interacciones sociales, ocasionando que el individuo sea psicológicamente más vulnerable ante distintas situaciones sociales estresantes. Además, existen tres vías de aprendizaje de los miedos. La primera consiste en el aprendizaje por observación, los primeros modelos del niño son los padres o cuidadores, por lo tanto, el menor, contempla las diversas formas en que sus progenitores afrontan situaciones sociales y la manera en que manejan la ansiedad. La segunda hace referencia al condicionamiento clásico, es decir, los miedos sociales que son neutros (exponer en clases) se convierten en circunstancias aversivas condicionadas mediante una asociación con situaciones aversivas incondicionadas (ataque de pánico) o con estímulos que han sido reforzados (una crítica). Finalmente, el aprendizaje por información que se concreta mediante frases o mensajes con respecto a situaciones sociales, utilizados por los padres o adultos del entorno, tales como “no debes ir diciendo todo lo que piensas” (Caballo, Salazar, Garrido, Iruña, & Hofmann, 2018).

Investigadores suecos sometieron a pruebas neurológicas a un grupo de personas, las cuales englobaban a 14 hombres y 12 mujeres que presentaban un diagnóstico de fobia social, los resultados revelaron que segregan un alto nivel de serotonina en la amígdala, la cual corresponde al centro del miedo en el cerebro, por ende, la actividad nerviosa en dicha

estructura es mayor en las personas que presentan el trastorno mencionado, concluyendo así que el centro del miedo en su cerebro es extremadamente sensible (Frick, y otros, 2015).

Según el Modelo explicativo de Barlow en Bravo, Padrós (2014) el individuo con TAS a nivel hereditario podría adquirir una vulnerabilidad biológica a presentar ansiedad o una tendencia a manifestar un comportamiento socialmente inhibido. Otro de los hechos que podrían generar dicho trastorno es experimentar un ataque de pánico inesperado (falsa alarma) al momento de estar expuesto ante una tensión intensa en una determinada situación social, lo cual provocaría que el individuo experimente niveles altos de ansiedad en contextos similares debido a la creencia errónea de volver a vivir otro episodio de la misma magnitud; sin embargo, la persona podría encontrarse en una situación traumática real, provocando una ansiedad condicionada al exponerse a las mismas circunstancias sociales o similares. Ante estos aspectos, la persona es reforzada por una alarma aprendida ya sea falsa (producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación relacionada con un peligro real) o verdadera.

1.6.Tratamientos

Cabe resaltar que, los tratamientos más aplicados para la ansiedad social son el entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva, el entrenamiento de relajación, la exposición, la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia de apoyo con orientación dinámica y diversas terapias farmacológicas. No obstante, el solo combinar la exposición y la reestructuración cognitiva es una intervención efectiva para el TAS (Barlow, 2018).

1.6.1. Farmacológico

Por otra parte, la adición de fármacos a la terapia conductual o cognitivo-conductual ha sido investigada en varios y estudios, por lo que se pudo determinar que en ciertos casos parecían tener diferencias clínicamente significativas; sin embargo, en ciertos estudios el uso de fármacos superaba la eficacia de algunas monoterapias (Bados, 2017).

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son tratamientos de primera línea para este trastorno, como lo es el uso de paroxetina (en la mayoría de pacientes en los que el TAS se presenta con un trastorno comórbido, concomitante, como trastorno depresivo, de angustia u obsesivo compulsivo). Por otra parte, las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam y bromazepam) no deben considerarse como un tratamiento primordial, por los efectos adversos que presentan como sedación, alteraciones cognitivas,

entre otras. En cuanto a los Inhibidores irreversibles y reversibles de la Monoaminoxidasa (IMAO y RIMA) son considerados como opciones terapéuticas de segunda línea, ya que, debido a su compuesto, era necesario optar por una dieta estricta en la cual se evitaran los alimentos con Tiramina (Baeza Velasco, 2007).

Echeburua-Odriozola y Salaberria-Irizar (1991), en su estudio ‘Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico’ realiza un análisis de diversos métodos empleados para tratar la fobia social; entre estos, destaca la investigación de Heimberg (1991), que puso a prueba un tratamiento grupal cognitivo-conductual, es decir, crea un protocolo de tratamiento denominado Cognitive-Behavioural Group Therapy (CBGT), compuesto de técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y de tareas para casa, para el manejo de la fobia social. Tras el primer estudio los pacientes muestran una reducción significativa de ansiedad en las medidas conductuales, psicofisiológicas y subjetivas. Finalmente, después de 12 semanas de tratamiento pueden comprobar una mejora clínicamente significativa en el 75% de los pacientes.

García, Alcázar y Olivares (2011), en su investigación ‘Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa’ plantean estudiar la relevancia de la realidad virtual e internet en dicho trastorno. En total se recopilaron 24 estudios, de los cuales 6 demostraron eficacia de la realidad virtual en la disminución de la ansiedad en situaciones en las que la persona tiene que hablar en público, así como 9 estudios relacionados con miedo a los entornos públicos, 4 investigaciones vinculadas con el temor a entrevistas de trabajo, 5 estudios que abarcan la efectividad del Internet/ Ordenador o PC en los cuales se incluía programas de auto-ayuda para combatir el TAS. Cabe recalcar, que en uno de ellos se obtuvo que las personas con ansiedad parecen evitar la atención sostenida a los rostros enojados, enfocándose en los felices.

1.6.2. Psicológico

El enfoque cognitivo conductual nos indica que es una psicoterapia breve y estructurada que tiene como foco de atención las experiencias habituales para enseñar al sujeto a modificar pensamientos y creencias emocionales excesivamente negativas, a través

de una evaluación sistemática y una planificación netamente conductual (Clark & Beck, 2018).

Además, en una encuesta realizada a personas que presentaban timidez o ansiedad social se encontró que el 84% de las respuestas dadas por dichos sujetos estaban vinculadas con los siguientes tres componentes: aspectos físicos (sensaciones incómodas), aspectos cognitivos (predicciones catastróficas) y aspectos conductuales (evitación de contextos sociales), ante esto, los abordajes cognitivo conductuales promueven que las personas se inclinen a pensar en su ansiedad social basándose en dichas categorías mencionadas. Es decir, el individuo al momento de manifestar ansiedad deberá concentrarse en lo que piensa, siente o hace, lo cual permite que transforme el problema en algo menos angustiante y a preparar el escenario más adecuado para aplicar las técnicas adquiridas a lo largo de la terapia (Martín & Swinson, 2014).

Con respecto al abordaje psicoanalítico se debe resaltar que, a diferencia del modelo cognitivo-conductual, manifiesta que no todas las ansiedades son conscientes; por lo que, no se procura eliminar la ansiedad de la persona, más bien, lo que se intenta hacer es convertirla en otra más sana y evolucionada mediante el descubrimiento de los mecanismos de defensa utilizados por el sujeto. El psicoanalista debe funcionar como una progenitora empática pero debe diferenciarse de su paciente y a su vez ofrecerle alternativas menos catastróficas, para de esta manera combatir sus miedos infantiles, los cuales abarcan las angustias más profundas (Pinto, 2014).

Dentro de dicha aseveración, Winnicott (1965) (citado por Pinto, 2014), manifiesta que “no se pretende eliminar ni esquivar la ansiedad, sino que el paciente la reexperimente ya que no puede recuperarla mediante el recuerdo” (p. 141).

En cuanto al enfoque sistémico, maneja a la ansiedad social por medio de la comprensión y modificación de los patrones de interacción y sistemas de creencias familiares que conllevan al desarrollo de dicha patología, ya que, la mayoría de estresores son de carácter relacional, sobretodo, dentro del primer núcleo social (familia) al que pertenece el adolescente (Martínez, 2011).

1.6.2.1. Aportes en relación a la eficacia del tratamiento psicológico

Por otro lado, se han realizado una serie de investigaciones vinculadas a la validez de dichos tratamientos, las cuales se detallarán a continuación.

Un estudio realizado por Dodge y colaboradores (1990) (citado por Heimberg & Magee, 2016) consistió en la comparación de un grupo que fue tratado con terapia cognitivo conductual y otro abordado por un tratamiento de control de atención que incluía proporcionar información acerca del trastorno y terapia grupal de apoyo no directiva. Ante esto, los primeros participantes que recibieron la terapia cognitivo conductual grupal experimentaron una disminución en los niveles de ansiedad durante una prueba conductual, mientras que el segundo grupo tenía mayor probabilidad de que un asesor clínico considere que habían mejorado, sin embargo, en un seguimiento de cinco años, se pudo corroborar que los primeros habían mantenido su restablecimiento en comparación con el grupo control de atención.

En otra investigación ejecutada por Koszyski, Benger, Shilk y Bradwejn (2007) (citado por Heimberg & Magee, 2016), compararon la reducción de estrés en base a la terapia cognitivo conductual grupal y mindfulness, las mismas que consistían en 8 sesiones de dos horas y media conjuntamente con un retiro de meditación todo un día. Los resultados que se obtuvieron fueron positivos, ya que ambos tratamientos proporcionaron una mejoría en el estado de ánimo y calidad de vida de los participantes. A pesar de ello, la terapia cognitivo conductual demostró disminuciones significativas en los niveles de ansiedad, así como con tasas más elevadas de respuesta y remisión.

De la misma forma, los ensayos realizados por Mortberg, Clark y Bejerot (2011) (citado por Heimberg & Magee, 2016), sobre el uso de la terapia cognitivo conductual individual, la cual incluye exposición, reestructuración cognitiva y eliminación de conductas de seguridad, ha demostrado ser eficaz en individuos que han sido diagnosticados con ansiedad social ya que luego de cinco años dichos autores evaluaron a los mismos sujetos que formaron parte de sus investigaciones, los hallazgos fueron motivadores, dado que, las ganancias obtenidas se mantuvieron a lo largo de este periodo.

Por su lado, Wagner, Pereira, Oliveira (2014), en una investigación denominada 'Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales', realizan un estudio de tipo mixto, en el cual participaron 32 estudiantes universitarios, quienes tenían que alcanzar una puntuación mínima en el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, versión autoinforme (Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-

Report, LSAS-SR) para ser considerados fóbicos sociales. Posteriormente, se divide en dos grupos para poner a prueba el programa de 10 sesiones semanales, cada uno con dos horas de duración; ulterior a ello, se lleva a cabo el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) Los resultados ponen en evidencia tanto la eficacia del programa de EHS como la sensibilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR para medir los cambios pre/postratamiento en la ansiedad social general.

Según Blanco, Bolpe, Erbetta, González y Volta (2015) en mención al psicoanálisis, manifiestan que:

Desde la psicosis trabajado por Lacan, se evidencia la psicosis con ansiedad social, las cuales implican una estructura en la aparición de un objeto no coordinado con la castración, reduciendo al sujeto a un lugar de objeto ante el goce del Otro. La respuesta fóbica en la psicosis no implica el síntoma coordinado a la metáfora y el significante, sino la maniobra sobre el sujeto mismo, su desaparición, ante la amenazada de caer en un lugar pasivizado frente al Otro. Es decir, la función de la fobia social aquí será la de defensa ante lo real del encuentro con el Otro. (p.235)

En resumen, según los estudios mencionados anteriormente la terapia cognitivo conductual ha proporcionado datos confiables y válidos a lo largo del tiempo como tratamiento primordial para la ansiedad social, ya que es una herramienta útil para trabajar conjuntamente con otros tipo de procedimientos e igualmente facilita a los pacientes el manejo de emociones a partir de la comprensión de sus pensamientos, instaurando así un amplio repertorio de conductas adaptativas, dando como resultado la disminución significativa de ansiedad. Sin embargo, los distintos abordajes terapéuticos también aportan de manera eficaz en la reducción del malestar sintomático que abarca dicho cuadro clínico.

1.7.Instrumentos TAS

Para conocer sobre los diferentes instrumentos aptos para evaluar el TAS, se ha diseñado la siguiente tabla.

Tabla 1: Instrumentos de evaluación TAS

AUTOR	ESCALA	EVALÚA
Liebowitz, M.	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz	Recoge un total de 24 situaciones sociales, tanto de

		ejecución como de interacción social, desde una doble perspectiva, la ansiedad o temor y el grado de evitación, es decir, la intensidad clínica.
Watson, D; Friend, R	Escala de Ansiedad Social de Watson y Friend (Social Anxiety and Distress Scale, SADS)	Desde la perspectiva del paciente, se evalúa el malestar subjetivo y la evitación activa o deseo de la misma en 28 situaciones sociales, sean de interacción o ejecución dando como lugar la intensidad clínica.
Davidson, J.R.T; Miner, C.M; Vaugh-Geiss, J; Tupler, L.A; Colket, J.T; Potts, N.L	Escala Breve de Fobia Social (BSFS)	Presenta dos secciones: evaluación del miedo y evitación en situaciones sociales, así como síntomas neurovegetativos. Proporciona información de la intensidad clínica.
Connor, K; Davidson, J.R.T; Churchill, L; Sherwood, A; Foa, E; Weisler, R.	Inventario de Fobia Social (SPIN) instrumento de cribado	Evalúa el grado de malestar durante la última semana, relacionado a: miedo, evitación y estrés psicológico en distintas situaciones sociales.
Wittchen, H.U; Boyer, P	Cuestionario de Screening de Ansiedad (ASQ-15)	Evalúa el motivo de consulta (dolor, estrés emocional, enfermedad física o somática) y permite la

		detección del TAG y otros síndromes de ansiedad.
--	--	---

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (García-Portilla, y otros, 2014).

1.8.Conclusiones

Se puede denominar ansiedad social al temor o miedo intenso y persistente a diversas situaciones sociales, en las cuales la persona se ve expuesta a una supuesta evaluación por los demás, ante lo cual teme ser humillado o avergonzado por actuar de determinada manera, provocando el deterioro significativo en su funcionamiento habitual.

En cuanto a las áreas que se encuentran afectas corresponden a lo cognitivo, conductual, físico y sexual, destacando el plano cognoscitivo, ya que los pensamientos e ideas distorsionadas se reflejan en las áreas antes mencionadas.

Por otra parte, existen diferentes perspectivas en cuanto al tratamiento psicológico del TAS como es el enfoque: psicoanalítico, sistémico y cognitivo-conductual; sin embargo, este último es el más utilizado para la intervención en el TAS, ya que, al desarrollar técnicas de afrontamiento, se potencia la reestructuración cognitiva con el fin de enseñar al sujeto una nueva manera de evaluar la situación y desenvolverse en la misma.

CAPÍTULO 2

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

2. Introducción

El primer esfuerzo para el integracionismo lo constituye la búsqueda de relaciones entre corrientes, que incluso son opuestas desde lo epistemológico y filosófico. Posteriormente, se intentó buscar los factores comunes que intervienen en el proceso psicoterapéutico, además de la integración en el campo práctico y finalmente se dirige la atención a los aspectos teóricos que sustentan el ejercicio terapéutico (Balarezo, 2010, págs. 12-14).

Dichos aspectos serían investigados por el Dr. Lucio Balarezo, quien ha ido consolidando por más de una década las bases filosóficas, epistemológicas, teóricas, metodológicas y prácticas en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, que eventualmente dio origen a la Sociedad Ecuatoriana de Asesoría y Psicoterapia Integrativa (SEAPsI) y que es parte de la Asociación Latinoamericana de Psicoterapia Integrativa (ALAPsI) (Psc. Vásquez, 2012).

Este modelo ecuatoriano surge de la necesidad de sus habitantes, al poseer características como: inmediatista, escasa cultura psicoterapéutica, prevalencia de locus de control externo y busca soluciones mágicas. Por lo que este modelo considera a la personalidad como una estructura dinámica (Balarezo, 2010).

Dicha estructura dinámica tiene componentes biológicos y genéticos en el comportamiento normal y patológico, pero se pueden llegar a modificar a través del trabajo terapéutico, respetando la influencia ambiental y socio-cultural que posea. Cabe mencionar que, se trabaja terapéuticamente en el presente; sin embargo, se acude al pasado para comprender la estructura de la personalidad desde su formación (Balarezo, 2010, págs. 73-74).

2.1. Antecedentes

El desarrollo del modelo integrativo ocurre a partir de los años 50 del siglo anterior, como consecuencia del avance científico de la psicología y de la psicoterapia (Balarezo, 2010).

Golfried (1980) (citado por Balarezo, 2010) propone un:

Análisis comparativo entre las escuelas, las cuales deben demostrar la eficacia de la técnica específica y la explicación teórica de la misma. Por lo que, el argentino Fernández-Álvarez en 1992 presenta su teoría ‘Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia’. El chileno Roberto Opazo en 1992 anuncia ‘Fuerza de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo’ y en el 2001 ‘Psicoterapia integrativa: delimitación clínica’. Finalmente, en el año 2002, Lucio Balarezo, ecuatoriano, desarrolla el modelo integrativo focalizado en la personalidad. Cabe mencionar que, esta comparación, dio paso a un conflicto teórico entre los modelos. (p. 15)

Para Fernández Álvarez (1996) en su obra ‘Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia’ asume:

Como base epistemológica del constructivismo relativo, que acepta la existencia de la realidad externa, la que adquiera significado únicamente mediante la construcción del individuo desde su subjetividad. La base teórica del modelo es la corriente cognitivo-constructivista, sobre cuya base desarrolla las aplicaciones metodológicas. (p.23)

En cuanto al modelo Supraparadigmático, Roberto Opazo, en el 2001, expone su obra ‘Psicoterapia integrativa, delimitación clínica’; la cual hace referencia a:

Los componentes estructurales del modelo integrativo que son los paradigmas: biológico, ambiental/conductual, cognitivo, afectivo, inconsciente y sistémico, todos ellos integrados por el sistema SELF, cuyas funciones principales son: identidad, autoorganización, significación, control conductual, búsqueda de sentido y conducción existencial. (Balarezo, 2010, págs. 30-33)

2.2. Definiciones de lo integrativo

Lo integrativo posee diferentes niveles teóricos como diversos conceptos.

Para Fernández-Álvarez, (1996) (citado en Balarezo, 2010) integrar significa “encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos” (p. 48).

Para Opazo, (1992) (citado en Balarezo 2010) señala que “el integrar involucra construir una totalidad a partir de partes diferentes” (p. 48).

Para Balarezo, (2010) la psicoterapia hace referencia “al proceso de integrar en el concepto de personalidad, las influencias biológicas y socioculturales que se reflejan en las expresiones afectivas, cognitivas, conductuales e interpersonales” (p. 49).

2.2.1. Modelo integrativo desde el psicoanálisis

Freud propuso que el comportamiento y pensamiento del ser humano están gobernados por fuerzas inconscientes, las mismas que se originan en las emociones de la niñez, influyendo a lo largo de toda la vida. Por lo tanto, la personalidad es influenciada por las distintas etapas psicosexuales que debe superar el niño (oral, anal, fálica, latencia y genital), es decir, la manera en que los individuos resuelven los distintos conflictos implicados en cada una de ellas determinará los patrones de personalidad en la adultez (Berger, 2016).

2.2.2. Modelo integrativo desde el conductismo

Skinner descartó el concepto de personalidad como un aspecto científico, ya que consideraba ilógico que los rasgos o motivaciones internas puedan ser las causas de la conducta humana, por lo tanto, deberían ser sustituidos por explicaciones externas y observables, como los reforzamientos y estímulos, es decir, todo aquello que pueda ser moldeable por el experimentador, ante ello, propone que los estados mentales son experiencias privadas e inferencias de la conducta, por ende no pueden ser observados y son fácilmente sesgados, lo cual no corresponde a una erudición, manifestando que una ciencia empírica debe basarse en observaciones directas (Cloninger, 2003).

2.3. Bases teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Se considera a la personalidad como eje fundamental y elemento básico para la comprensión de la vida psíquica, ya que posee una estructura interna, conformada por factores biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí para que cada persona piense, actúe, y se interrelacione continuamente de manera única (Balarezo, 2010).

Según Allport (1986) (citado por Balarezo, 2010) la personalidad es:

La organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente. Es decir, la personalidad está en constante desarrollo, ya que el ser humano debe adaptarse a diversos cambios que generen una condición de organización, aunque es aceptable una desorganización, en especial de aquellos sujetos que se consideran “anormales”; sin embargo, todas las características o rasgos que posea una persona como el sentir, actuar, pensar y percibir forman los hábitos y comportamientos específicos cotidianos de cada uno. (p.71)

Para Pinillos (1975) (citado por Balarezo, 2010) “la personalidad representa la estructura intermedia que la psicología necesita interponer entre la estimulación del medio y la conducta con que los sujetos responden a ella, justamente para dar razón del modo individualizado en que lo hacen” (p.78).

Balarezo, (2008) (citado por Balarezo, 2010) define a la personalidad como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual” (p. 72).

Dicha definición abarca algunos aspectos que según Balarezo (2010) son sustanciales:

- La personalidad es una organización de componentes cognitivos, afectivos, comportamentales y relacionales que superan la acumulación de partes aisladas constituyéndose en un sistema complejo.
- La personalidad no es estática ni inmutable, varía dependiendo del propio dinamismo y las influencias del entorno.
- En la personalidad se integra los factores biológicos y socioculturales, dando como resultado lo psíquico.
- Se puede determinar una forma específica de relacionarse con el entorno y los demás.
- La personalidad según el modelo constructivista moderado nos permite tipificar y predecir relativamente la manera de ser de los individuos
- La definición de personalidad es capaz de transmitir un sentido de coherencia y continuidad de las características del sujeto. (p. 73)

El abordaje de la personalidad se inicia una vez se haya delimitado el problema o trastorno del sujeto, tomando en cuenta lo consciente e inconsciente como estructuras vinculadas, así como el reconocimiento de las facilidades y obstáculos de los componentes biológicos y genéticos en el comportamiento normal o patológico. Cabe mencionar que, para trabajar terapéuticamente se lo hace en el presente, pero acudimos al pasado para entender la estructura de la personalidad desde el momento de su formación. Este hecho facilita la aplicación de las técnicas seleccionadas para cada sujeto (Balarezo, 2010).

2.3.1. Tipologías de personalidad

Los tipos de personalidades son elaborados con el objetivo de conocer cuál es el componente predominante de la personalidad del sujeto. Sabiendo que todas las personas poseen las cuatro áreas básicas de la personalidad (afectivo, cognitivo, comportamental e interpersonal), pero se diferencian en el déficit o predominio de ciertos rasgos y/o características.

Tabla 2: Tipologías de personalidad.

CARACTERÍSTICAS DE PREDOMINIO	TIPO	COMPRENDE
Afectivo	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Histriónicas ❖ Ciclotímicas 	<p>Expresión fácil de las emociones, cogniciones y conductas invadidas por el afecto.</p> <p>Extroversión con búsqueda permanente de estimulación externa</p> <p>Los histriónicos, esperan mayormente la aprobación social, los ciclotímicos mantienen una tendencia más interna.</p>
Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Anancásticas ❖ Paranoides 	<p>Prevalecen los juicios, razonamiento y la lógica en su conducta y en la expresión afectiva.</p> <p>La actitud de control suele ser más externa en los paranoides, contrariamente a las anancásticas que</p>

		ejercen un autocontrol interno.
Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Impulsivas ❖ Trastorno disocial de la personalidad 	<p>Se expresa por la activación conductual inmediata, sin reparo suficiente en los componentes cognitivos y afectivos.</p> <p>En los impulsivos existe control sobre sus acciones, en tanto que los disociales carecen de ley y autocontrol</p>
Déficit relacional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esquizoides ❖ Dependientes ❖ Evitativas ❖ Trastorno esquizotípico de la personalidad 	<p>Se observa una tendencia a la intimidad personal y al retraimiento social con dificultad de expresión afectiva externa.</p> <p>La conducta suele ser meditada y escasa. La cognición se desvincula del otro y se retrae hacia sí mismo.</p> <p>Las esquizoides denotan desinterés en el contacto, los dependientes requieren del otro, los evitativos no logran sentirse cómodos en su participación social y las esquizotípicas se apartan de los demás mediante sus extravagancias.</p>

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 82-83).

Es posible que, en algunos casos, las personas no lleguen a presentar un trastorno de personalidad como tal, sino que tienen una tendencia a actuar o pensar de determinada manera sin que sea necesariamente patológica. A este tipo de comportamiento se lo puede denominar estilo de personalidad (Caballo, Salazar, M, B, & Guillén, 2010).

Por otra parte, es necesario manifestar que Balarezo (2010) indica:

No estar de acuerdo en que para describir la personalidad se requiera una edad determinada como se plantean en los clasificadores psiquiátricos, ya que, la personalidad se forma desde el momento mismo de la concepción y en el transcurso de las etapas vitales está sometida a factores externos que refuerzan o modifican dicha estructura básica, pero manteniendo un mismo patrón básico. (p.85)

2.3.2. Rasgos de personalidad

Allport (1937) (citado por Cloninger, 2003) afirma que un rasgo es “un sistema neuropsíquico generalizado y focalizado (peculiar al individuo), con la capacidad para hacer muchos estímulos funcionalmente equivalentes y para iniciar y guiar formas consistentes (equivalentes) de conducta adaptativa y expresiva” (p.204).

Cattell a diferencia del primer autor, no creía necesario conceptualizar un rasgo en términos psicofísicos, más bien, lo consideraba como una forma en la que una persona se enfrenta a una determinada situación, es decir, estaba relacionado con la conducta (Cloninger, 2003).

2.3.3. Rasgos característicos

Se debe tener presente las siguientes características descritas por Balarezo (2010, p.85-91):

Tabla 3: Rasgos característicos de personalidad con predominio afectivo.

PERSONALIDADES CON PREDOMINIO AFECTIVO	
Personalidad Histriónica	Personalidad Ciclotímica
➤ Búsqueda constante de apoyo y elogio. ➤ Incomodidad ante situaciones en las que no es el centro de atención.	➤ Oscilaciones de su estado de ánimo. ➤ Períodos de lentificación orgánica y psíquica.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vanidad en su apariencia y conducta. ➤ Utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo. ➤ Exageración en la expresión de sus emociones comportándose de manera pintoresca o dramática y tendencia a la teatralidad. ➤ Inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional. ➤ Cambios de humor y la escasa tolerancia a la frustración. ➤ Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influir por los demás. ➤ Relaciones interpersonales superficiales. ➤ Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante. ➤ Interacción con los demás caracterizadas por un comportamiento seductor o provocador. ➤ Generosidad expresada para ser elogiado. ➤ Manipulación a través de su verbalización. ➤ Forma de hablar excesivamente subjetiva y con matices expresivos. ➤ Consideración de sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Períodos de aceleramiento funcional y psíquico. ➤ Contacto social fácil, agradable, alegre y franco que se alterna con períodos de retraimiento social. ➤ Hipersensibilidad. ➤ Colaboración solícita y preocupación por los demás. ➤ Generosidad espontánea. ➤ Bajo nivel de tolerancia. ➤ En estado afectivo positivo se muestra activo, trabajador, optimista, de fácil conversación, participativo, organizador. ➤ En estado afectivo negativo se torna triste, pasivo, despreocupado de su aspecto personal, negativista, retraído.
--	--

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 85-86).

Tabla 4: Rasgos característicos con predominio cognitivo.

PERSONALIDADES CON PREDOMINIO COGNITIVO	
Personalidad Paranoide	Personalidad Anancástica
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inferencias sobre engaños. ➤ Desconfianza ante nuevas amistades. ➤ Tendencia al rencor. ➤ Propensión a los celos ➤ Reacción y contrataque ante la humillación y ofensa. ➤ Expansividad del Yo. ➤ Recolección de documentos para su defensa. ➤ Características de liderazgo. ➤ Reticencia a confiar en los demás. ➤ Generosidad por poder. ➤ Sospechas, sin base suficiente, acerca de que los demás se van a aprovechar de él. ➤ Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de amigos y socios. ➤ Tendencia a albergar rencores durante mucho tiempo, dificultad para olvidar los insultos, injurias o desprecios. ➤ Susplicacia, tendencia generalizada e injustificada a interpretar las acciones de los demás como agresivas o amenazantes. ➤ Tendencia a la frialdad, el egocentrismo y la rigidez. ➤ Sentido combativo y tenaz de los propios derechos. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Búsqueda de perfección que en ocasiones interfiere en la actividad práctica. ➤ Rectitud y escrupulosidad. ➤ Preocupación por los detalles, orden y reglas, predominio del Superyo. ➤ Empeño por el sometimiento de los demás a sus pensamientos y criterios. ➤ Apego al trabajo y a la productividad. ➤ Escrupulosidad e inflexibilidad en relación con la limpieza. ➤ Represión afectiva. ➤ Falta de generosidad. ➤ Incapacidad para desprenderse de objetos. ➤ Tendencia a conductas rígidas. ➤ Preocupación por las normas que ellos mismos se imponen. ➤ Preocupación por los detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios. ➤ Tendencia a la indecisión, cualquier aspecto que amenace su rutina les genera ansiedad.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interesados por el poder y el rango social. ➤ Propensión a ser muy competentes. 	
--	--

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 86-87).

Tabla 5: Rasgos característicos con predominio comportamental.

PERSONALIDADES CON PREDOMINIO COMPORTAMENTAL	
Personalidad Inestable	Trastorno Disocial de la Personalidad
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Relaciones interpersonales intensas e inestables. ➤ Impulsividad en sus reacciones cotidianas. ➤ Preferencia por las actividades en espacios abiertos y que sean de riesgo y competencia. ➤ Tolerancia alta al dolor. ➤ Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. ➤ Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. ➤ Alteración de la identidad con autoimagen acusada y sentido de sí mismo persistentemente inestable. ➤ Impulsividad en algunas áreas, que pueden ser potencialmente dañinas para sí mismo como en gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida. ➤ Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo, 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pauta de conducta irresponsable. ➤ Mentiras, hurtos, holgazanería, vandalismo, actitudes pendencieras, fugas del hogar, absentismo escolar y crueldad física. ➤ Fracaso en la actividad laboral y el mantenimiento de obligaciones económicas familiares y sociales. ➤ Impulsividad, irritabilidad, agresividad, violencia. ➤ Despreocupación por la seguridad personal o ajena. ➤ Falta de remordimiento respecto sus conductas y una marcada predisposición a culpar a los demás de las mismas. ➤ Falta de capacidad de empatía. ➤ Incapacidad para mantener relaciones personales. ➤ Tolerancia muy baja a la frustración. ➤ Carencia de aprendizaje a través de la experiencia. ➤ Fracaso por someterse a las normas sociales.

<p>episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sentimientos crónicos de vacío. ➤ Manifestaciones explosivas e incluso violentas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. ➤ Tendencia a implicarse en relaciones intensas e inestables. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. ➤ Peleas físicas repetidas o agresiones.
---	---

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 88-89).

Tabla 6: Rasgos característicos de personalidad con déficit relacional

PERSONALIDADES CON DÉFICIT RELACIONAL	
Personalidad Esquizoide	Personalidad Evitativa
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carencia de disfrute en las relaciones estrechas. ➤ Elección de actividades que impliquen un contacto importante. ➤ Frialdad afectiva, sin expresión de sentimientos. ➤ Dificultad para tener experiencias interpersonales y sexuales. ➤ Indiferencia a la aprobación y crítica de los demás. ➤ Afectividad reprimida. ➤ Tendencia a la fantasía. ➤ Afectividad distante. ➤ Incapacidad relativa para sentir placer. ➤ Disfrute con pocas o ninguna actividad. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hipersensibilidad a los contactos interpersonales, por lo que evita trabajos o actividades que impliquen un contacto importante. ➤ Pocas relaciones íntimas y confidentes. ➤ Establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro. ➤ Evitación de actividades sociales complejas. ➤ Reservado en las reuniones sociales. ➤ Tendencia a rehuir dificultades, riesgos y peligros físicos. ➤ Dificultad para implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar. ➤ Represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Escasa amistad íntima con personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales. ➤ Inhibición en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad. ➤ Percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales y personalmente poco interesante a los demás. ➤ Extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.
--	--

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 89-90).

Tabla 7: Rasgos característicos de personalidad con déficit relacional

PERSONALIDADES CON DÉFICIT RELACIONAL	
Personalidad Dependiente	Trastorno Esquizotípico de la Personalidad
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con consejo y reafirmación por parte de los demás. ➤ Aquiescencia a los demás. ➤ Dificultad para organizar proyectos o actividades por su poca iniciativa. ➤ Realización de tareas desagradables para ser aceptado por los otros. ➤ Incomodidad ante la soledad. ➤ Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ideas de referencia. ➤ Creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales, tales como superstición, clarividencia, telepatía o “sexto sentido”; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas. ➤ Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temor al abandono. ➤ Sensibilidad a la crítica y a la desaprobación. ➤ Conducta dependiente y sumisa. ➤ Tendencia a fomentar o permitir que otras asuman responsabilidades importantes de su propia vida. ➤ Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que depende. ➤ Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo debido a miedos exagerados a ser capaces de cuidar de sí mismo. ➤ Búsqueda urgente de otra relación cuando termina un vínculo importante, para que le proporcione el cuidado y apoyo que necesita. ➤ Colaboración y disciplina. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pensamiento y lenguaje raro, vago, circunstancial, metafórico o estereotipado. ➤ Susplicacia o ideación paranoide. ➤ Afectividad inapropiada o restringida. ➤ Comportamiento o apariencia excéntricos o peculiares. ➤ Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado. ➤ Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo.
---	---

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 90-91).

2.4.Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

En la parte metodológica, el modelo integrativo hace énfasis en la distinción entre psicoterapia y asesoramiento.

Balarezo (2003) (citado por Balarezo, 2010) define a la “psicoterapia como un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta” (p. 140).

Por otra parte, el asesoramiento trata de “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos” (Balarezo, 2010, pág. 140).

Estas dos áreas, aunque diversas, son complementarias para un mismo proceso, es decir, son interpretadas como un binomio, pues no actúan de forma aislada la una de la otra, sino que se dependen mutuamente para alcanzar los objetivos planteados, siguiendo el proceso terapéutico. Por tal razón, los componentes metodológicos se subscriben como proceso guiador en el marco psicoterapéutico para lograr cambios perdurables en el paciente (Cueva, 2015).

2.4.1. Etapas del proceso en el modelo integrativo ecuatoriano

Según el criterio de Balarezo 2010 (p.142-165), autor del modelo integrativo focalizado en la personalidad, establece cinco etapas del proceso terapéutico, las cuales se dividen en:

2.4.1.1. Primera etapa

Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso: es importante conocer la demanda y expectativa del paciente en cuanto al proceso terapéutico, como en el trato del terapeuta. En esta parte se puede observar el grado de interés o motivación del cliente.

Expectativas y motivaciones del paciente: establecer si el cliente busca ayuda porque su sintomatología se le ha vuelto insostenible; si lo han llevado en contra de su voluntad, si lo hace por satisfacer a terceras personas; por remisión de otros profesionales; por exigencia de status o simple curiosidad que quizá podría convertirse en una necesidad real de ayuda.

Expectativas y motivaciones del terapeuta: la vocación de ayuda es la principal motivación que debe tener un profesional de la salud mental; así como experiencia que sustente su trabajo a más de los conocimientos aprehendidos a lo largo de su carrera. También se debe tener cuidado con los fenómenos contrasferenciales, ya que pueden influenciar negativa o positivamente el trabajo terapéutico y en cuanto al factor económico debe ser aclarado desde el primer momento, ya que exige una mayor responsabilidad por parte de quien paga un servicio y de quien brinda dicho servicio.

2.4.1.2. Segunda etapa

Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno: se utiliza como instrumento básico de recolección de información la historia clínica.

Estrategias de la primera y establecimiento de la relación terapéutica: existen variantes de la primera entrevista como la de psicodiagnóstico que tiene el propósito de evaluar al paciente con fin de colaborar en diagnósticos diferenciales, situaciones de peritaje o relación interprofesional; entrevista de consulta en la que se acude para consultar sobre problemas de otras personas, por remisión de otro profesional o para satisfacer a otra persona; entrevista única en la cual se sigue un protocolo, estableciendo relaciones de confianza mutua con los involucrados; entrevista de inicio de proceso en la cual se establece un rapport para dar al paciente la tranquilidad, confianza y comodidad de expresar sus problemas, disminuyendo algunas manifestaciones angustioso-depresivas que presenta ese momento.

Además, Erskine (2014) (citado por Balarezo, 2010) menciona que es necesario considerar tres elementos básicos para establecer una relación terapéutica idónea, los cuales son:

- *Preguntar:* el terapeuta deberá indagar a profundidad acerca del problema, problemas o demanda establecida por el paciente, por lo tanto, debe esforzarse por comprender el comportamiento subjetivo, la estructura psíquica o esquemas cognitivos del mismo. Las preguntas deberán ser empáticas y acoplarse a los rasgos de personalidad del cliente, para de este modo, engancharlo al proceso.
- *Sintonizar:* consta de dos partes, la primera corresponde a la relación empática con respecto a las sensaciones, emociones, sentimientos del paciente. Mientras que la segunda hace referencia a la comunicación de esa sensibilidad al cliente.
- *Implicarse:* incluye aspectos como:
 - ✓ Reconocimiento: el terapeuta se sintoniza con los afectos, ritmo y nivel evolutivo del paciente.
 - ✓ Validación: informar al cliente de sus afectos, mecanismos de defensa, sensaciones corporales y patrones comportamentales, cada uno relacionados con algo significativo de su experiencia.
 - ✓ Normalización: cambio de la manera en que las personas describen sus experiencias internas desde una perspectiva disfuncional.
 - ✓ Presencia: respuesta sintónica del terapeuta a las manifestaciones verbales y no verbales del paciente sin prejuicios, respetando y motivando la expresión de las mismas.

2.4.1.3.Tercera etapa

Planificación del proceso: esta es imprescindible para evitar improvisaciones y aplicaciones subjetivas e intuitivas. Los objetivos y técnicas del plan se discutirán con el demandante para acercarse a sus motivaciones y expectativas. Además, se debe tener presente: la formulación dinámica del problema o trastorno que intervienen los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología; la formulación dinámica de la personalidad requiere una descripción de la personalidad y sus rasgos pero no exclusivamente las características negativas del paciente, sino también las positivas; el señalamiento de objetivos deben ser según los niveles (asesoramiento, sintomático y de personalidad); el señalamiento de técnicas deben adecuarse a las necesidades específicas del cliente. Así pues, las estrategias propuestas para cada nivel relacionadas con la ansiedad se deberán aplicar de acuerdo a los objetivos planteados en el desarrollo de la planificación terapéutica.

2.4.1.4.Cuarta etapa

Ejecución y aplicación técnica: una vez seleccionadas las técnicas a utilizar, se realizan adaptaciones específicas para cada individuo y se emplea a lo largo del proceso, esto no quiere decir que sea un esquema estricto, ya que pueden modificarse o suprimirse de acuerdo a diversas situaciones.

2.4.1.5.Quinta etapa

Evaluación del diagnóstico, el proceso y los resultados: la eficacia del trabajo terapéutico debe ser juzgada y analizada por diferentes factores con el fin de obtener la mayor objetividad en cuanto al avance o no del paciente. Estos factores pueden ser: criterio del terapeuta, criterio del paciente, apreciación de los familiares y otras personas, utilización de reactivos y registros psicológicos, mediciones fisiológicas.

2.5 Propuesta de intervención terapéutica aplicada al TAS

El proceso psicoterapéutico, en este capítulo, se lo considera como un todo integrado, ya que, fusionamos el tratamiento para el TAS en base al modelo integrativo focalizado en la personalidad. Para ello, se utilizará una Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS), que se detallará posteriormente, con el propósito de conocer el diagnóstico

presuntivo del adolescente y de esa manera instaurar objetivos orientados por niveles como lo propone el modelo integrativo para beneficio del evaluado.

El diseño de investigación propuesto es experimental, y de tipo prospectivo, ya que se ha seleccionado una temática central, la cual nos ha permitido proponer objetivos generales y específicos, preguntas de investigación, así como la determinación de una problemática concreta. Cabe mencionar, que el alcance esperado es exploratorio y el enfoque planteado para la realización de la investigación es netamente cualitativo; debido a que el trabajo realizado con los cuatro pacientes será sistematizado por medio de un formato de estudio de casos referidos por el Centro Dhum.

2.5.2 Procedimiento

El proceder de la intervención terapéutica constará de cinco etapas, las cuales iniciaran una vez se hayan aprobado los consentimientos enviados a los representantes de los participantes.

Primera etapa: se pretende conocer acerca de la demanda y expectativa del adolescente con respecto al terapeuta y al proceso terapéutico; al mismo tiempo que se evalúa el grado de interés o motivación del paciente.

Segunda etapa: en la primera entrevista del proceso inicial se debe establecer un rapport adecuado que facilite la recolección de información mediante la FIEPS que permita tener una aproximación diagnóstica tanto clínica como manifestaciones de personalidad. Además, para conocer de mejor manera la problemática se aplicarán los instrumentos psicológicos como la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, Inventario de Fobia Social (SPIN) y el Cuestionario de Personalidad SEAPsI.

Tercera etapa: se presenta una planificación del tratamiento al paciente para poder discutir acerca del señalamiento de objetivos y técnicas seleccionadas más idóneas para la persona. Cabe mencionar que, el número de sesiones tentativas para dicha intervención oscilan entre 12 a 15 sesiones.

Cuarta etapa: se lleva a cabo la ejecución y aplicación de técnicas

Quinta etapa: se evalúa el proceso y resultados obtenidos por el adolescente mediante retest.

2.5.3 Instrumentos y métodos

En cuanto a la evaluación psicológica, constará de dos partes como lo es el resultado inicial (test) y resultado final (post-test). Para ello, se utilizarán escalas con validez y fiabilidad científica. Por otra parte, la ficha de evaluación se basará en el modelo integrativo focalizado en la personalidad (Ver anexo 1).

La escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), consta de 24 ítems y cada uno se evalúa en una escala tipo Likert, el nivel de miedo y evitación que genera cada situación. El análisis factorial exploratorio aísla un componente para la subescala de Ansiedad Social y otro para la de Evitación, logrando evaluar la gravedad del trastorno de ansiedad social, mostrando alta consistencia interna y fiabilidad test-retest para su puntuación Total y las de subescala (Tobías-Imbernón, Olivares-Olivares, & Olivares, 2013). (Ver anexo 2)

El Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN) creado por Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa, Weisler, consta de 17 ítems que evalúan los tres aspectos más comunes en el trastorno de ansiedad social: temor, evitación fóbica y síntomas autonómicos como rubor, sudor y temblor. Para su corrección cada ítem puntúa de 0 a 4 y el total oscila entre 0 y 68. (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001). (Ver anexo 3).

Cuestionario de Personalidad “SEAPsI”, que consta de algunas frases que identifican a los diversos tipos de personalidad donde el individuo debe marcar según considere. El puntaje que se observa según el mayor número de vistos nos dará una pauta del tipo de personalidad al que corresponde (Ver anexo 4). Los tipos de personalidad que se evalúan según Balarezo (2010) son:

- Personalidad con predominio afectivo de tipo: histriónica o ciclotímico
- Personalidad con predominio cognitivo de tipo: paranoide o anancástica
- Personalidad con predominio comportamental de tipo: impulsivo o disocial
- Personalidad con déficit relacional: esquizoide, dependiente, evitativa, esquizotípica

Además, se implementarán consentimientos informados y entrevistas abiertas de manera individual, teniendo presente que nuestros posibles informantes serán los padres de familia de cada participante.

2.5.4. Planificación

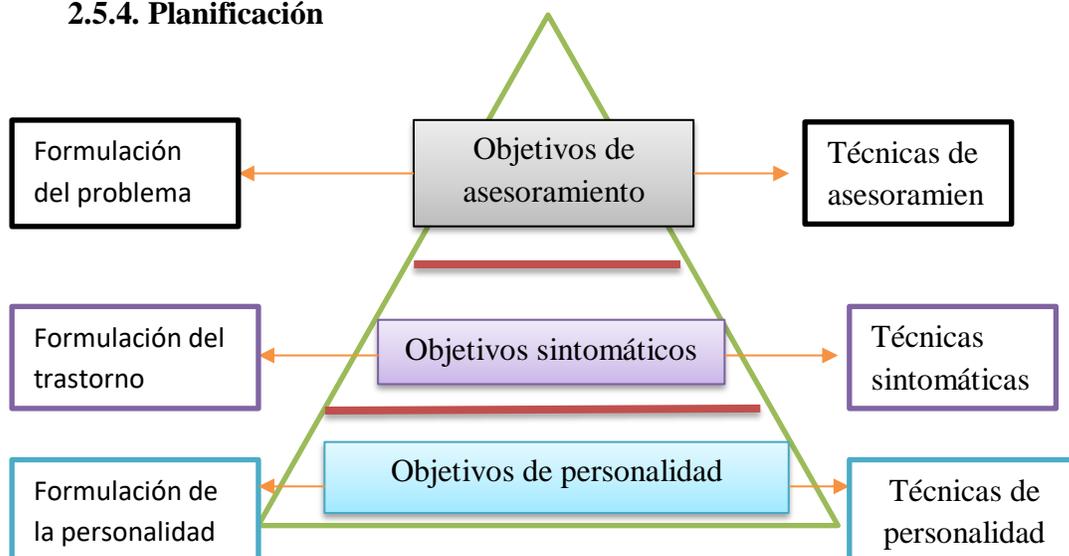


Figura 1: *Objetivos del Modelo Integrativo.*

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, pág. 153).

La estructura del plan concierne a tres niveles, el primero se orienta a la resolución del problema, el segundo al alivio sintomático y finalmente, hacia la influencia de la personalidad, es decir, las técnicas y objetivos se ejecutarán partiendo de lo particular a lo complejo, dependiendo de los niveles en los que se pretende actuar (Balarezo, 2010).

Se debe considerar que las metas y objetivos pueden ser de variada índole y conviene discutirlos con el paciente para de esta manera establecer las posibilidades reales que el terapeuta y la psicoterapia ofrecen, así mismo, adecuar las expectativas de la persona y del entorno que le rodea. Cabe mencionar que, las técnicas se adaptarán a las necesidades específicas del adolescente y se aplicarán de acuerdo a los objetivos señalados, considerando factores como: cuadro clínico, facilidades tecnológicas, experiencias previas y condiciones socioculturales (Balarezo, 2010).

Tabla 8: *Plan de intervención*

Objetivo general: promover el bienestar psicológico del adolescente.

NIVEL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS
	Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y	*Tríptico (Fase didáctica) (Opazo, 2001).

Asesoramiento	distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social	*Vencer la pasividad (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
	Resolver conflictos intra e interpersonales	*Ficha de resolución de problemas (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Mapa del problema (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Role playing (Martín-García, 1992).
	Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva	*Técnica para tratar con los demás (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Egograma (Opazo, 2001). *Matriz de percepciones (Moyano, 2018). *Aprendiendo a quererse (Vera & Roldan, 2016). *Un frasco con estrellas (Thomas, 2019).
Sintomatológico	Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa	*Entrenamiento en atención muscular progresiva de Koeppen (Torres, 2013). *Respiración 4,7, 8 (Lapa & Ojembarrena, 2015). *Autoinstrucciones (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).
	Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes	*Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Ficha: lectura de mente (adaptado) (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).

		<p>*Autorregistro ABC con trampas del pensamiento (Vera & Roldan, 2016).</p> <p>*Flecha descendente (Vera & Roldan, 2016).</p>
	Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico	<p>*Técnica Hoy seré (Thomas, 2019).</p> <p>*De cinturón blanco a cinturón negro, afrontando los miedos paso a paso (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).</p> <p>*La prueba de fuego (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).</p> <p>*Exposición imaginaria (Barlow, 2018).</p>
Personalidad	Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas	<p>*Ruta (Moyano, 2018).</p> <p>*El árbol (Moyano, 2018).</p> <p>*Introspección de la vida cotidiana (Moyano, 2018).</p> <p>*Técnica de la metáfora (Moyano, 2018).</p>
	Potenciar rasgos de personalidad	<p>*Técnica de la moviola (Moyano, 2018).</p> <p>*Técnica del Semáforo (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).</p> <p>*Técnica de punteado (Thomas, 2019).</p>

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

2.5.4.1 Descripción de objetivos y técnicas planteados

2.5.4.1.1 Nivel de asesoramiento

2.5.4.1.1.1 Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social

Tríptico (fase didáctica)

Se realiza material visual-informativo acorde a la temática para presentarlo vía online (Ver anexo 5).

Vencer la pasividad

Identificar los estímulos que generan molestias, sin echar la culpa a situaciones externas, con el objetivo de solucionar los propios problemas mediante la pérdida del miedo a equivocarnos y asumir riesgos (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).

Se le indica un cómic, el cual refleja la manera sesgada de relacionarse con los demás, tomar riesgos, decisiones y no intentar actividades nuevas. A continuación, se le brinda información acerca de cómo funcionan los pensamientos pesimistas a partir de metáforas (Ver anexo 6).

2.5.4.1.1.2 Resolver conflictos intra e interpersonales

Ficha de resolución de problemas

Bunge, Gomar y Mandil (2011) plantean que “consiste en definir bien el problema, que sea algo bien concreto. Luego, poner todas las opciones que se le ocurra. A continuación, ver las ventajas y desventajas de cada una y finalmente elegir la mejor opción y ver cómo implementarla” (p. 256).

Para esta técnica se proporcionará un breve ejemplo de la forma en la que se debe ejecutar y un esquema para que el paciente lo complete con su información personal (Ver anexo 7).

Mapa del problema

Para esta estrategia Bunge, Gomar y Mandil (2011) mencionan al problema como un enemigo, ya que produce diversas molestias que deben ser atenuadas, para lo cual se propone al paciente asignarle un nombre y a continuación realizar un esquema de las situaciones en las que genera dificultades, en aquellas que ciertas veces lo hace y en otras que no llega a

causar ningún tipo de malestar, de esta manera se podrá evaluar aquellas circunstancias en las que la persona se siente vulnerable o capaz de enfrentarlo (Ver anexo 8).

Role playing

Facilita la adquisición de empatía y mejorar las relaciones interpersonales y resolución de conflictos a través de la exploración de sentimientos, actitudes, valores y percepciones que influyen en su conducta (Martín-García, 1992).

Esta técnica va a consistir de dos momentos; el primero será que el paciente tome su propio rol, pero el terapeuta adoptará un rol familiar para el adolescente, con el objetivo de visualizar su comportamiento. Por otra parte, el segundo momento va a consistir en un intercambio de roles, en el cual el terapeuta adopta el rol del paciente y éste tendrá que simular ser alguien distinto.

2.5.4.1.1.3 Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva

Técnica para tratar con los demás

Brindar pautas para tratar con otras personas con el objetivo de demostrar el interés por conocerlos y lograr hacerles sentir importantes, al mismo tiempo que puede lograr mantener una conversación apropiada (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). (Ver anexo 9).

Egograma

Es un cuestionario para evaluar las acciones de sí mismo (Opazo, 2001).

En una hoja A4, realizar una división de 4 cuadrantes. En el primero redactar la pregunta: ¿Quién soy?, en el segundo: ¿Qué es lo que los demás piensan de mí?, en el tercero: ¿Cómo soy?; en el cuarto: ¿Cómo les gustaría a los demás que fuera? Finalmente, el paciente deberá completar dichos cuadrantes, con el objetivo de adquirir introspección.

Matriz de percepciones

Consiste en involucrar a la familia del paciente para que lo describan en relación a ciertos objetos inanimados, animales y cualidades positivas con el fin de manifestar su percepción. Ulterior a ello, el adolescente compara las percepciones que tiene de sí mismo y las percepciones que tienen sus familiares de él (Moyano, 2018).

Aprendiendo a quererse

Pretende instaurar el hecho de que solo es posible el cambio después de aceptar el defecto, esto a través de lenguaje positivo, omitir el autocastigo, cuidar de aspectos no

verbales, aprender de los errores. Para ello, se proporcionará una hoja de autorregistro en la cual podrá anotar las diversas situaciones cotidianas, enfocándose, en un aspecto positivo (pensamiento, sentimiento o una conducta), y por ende, lo que experimentó con respecto a sí mismo. (Vera & Roldan, 2016). (Ver anexo 10).

Un frasco con estrellas

Un frasco decorado y lleno de mensajes positivos de los familiares del adolescentes o de sus seres más queridos con el fin de que si un día se siente muy triste, recuerde que tiene el frasco y existen personas que lo quieren y lo aprecian (Thomas, 2019).

2.5.4.1.2 Nivel sintomático

2.5.4.1.2.1 Disminuir la sintomatología ansiosa

Entrenamiento en atención muscular progresiva de Koeppen

Torres (2013) se refiere a esta técnica como “una manera de enseñar al niño a relajarse, también le estimula a aprender a reconocer y discriminar la tensión que tiene cuando se pone nervioso o agresivo ya que canaliza sus energías ayudándolo a vencer la timidez” (p.1).

En primer lugar, se evaluarán las habilidades prerrequisito para maximizar la efectividad de la relajación, las cuales consisten en pedir al niño que imite algunos movimientos y siga pequeñas órdenes “tensa los músculos”, que conceptos comprende mejor y cuáles deben ser sustituidos por palabras como apretar, presionar, etc. Se comprueba su habilidad para la respiración inflando un globo, al verificarlas, se procede a realizar la relajación pertinente (Ortigosa, Méndez, & Riquelme, 2014).

Para iniciar la relajación se le pide al paciente que se siente en un sillón cómodamente, con el cuerpo suelto como un muñeco de trapo y cerrado los ojos. A continuación, se realizan los siguientes ejercicios:

El juego del limón: manos y brazos:

Imagina que tienes un limón en tu mano izquierda, tienes que tratar de exprimirlo, aprieta la mano muy fuerte para que todo el jugo de limón recorra tus dedos, siente como se tensan tus dedos, muñeca, y brazo. Ahora deja caer el limón, abriendo tu mano poco a poco, y siente como tu mano y brazo se relajan segundo a segundo. Vamos a coger otro limón, pero con tu mano derecha, exprímelo con todas tus fuerzas, siente nuevamente como tu brazo

y mano se ponen muy duros, ya que está muy aplastado el limón vas a dejarlo caer abriendo la mano lentamente e igualmente vas a sentir como tus músculos se relajan.

El gato perezoso: brazos y hombros:

Imagina que eres un gato muy perezoso que ha dormido todo el día, ahora quiere salir un rato a pasear, pero antes necesita estirarse. Estira tus brazos frente a ti, luego por encima de la cabeza y llévalos hacia atrás con fuerza. Intenta sentir como tus hombros se estiran, ahora deja que caigan lentamente a los lados. Lo vas a hacer una vez más, pero con más fuerza y energía.

La tortuga:

Ahora eres una pequeña tortuga sentada muy relajada en una roca en medio de un hermoso paisaje, estás tan feliz, no hay ningún problema alrededor. De pronto sientes que hay peligro y entonces deberás meter tu cabeza en tu hermoso caparazón, así que sube los hombros hasta tocar tus orejas e intenta que tu cabeza toque tu pecho lo más que puedas, que tus hombros la cubran, por fin, puedes sacarla muy despacio, para poder verificar que ya no corres riesgo, debes alzar tu cuello lo más que puedas y moverla de izquierda a derecha.

La mosca:

Estás sentado muy tranquilo y relajado en tu lugar favorito, hasta que una mosca muy molesta se para en tu nariz, deberás quitarla, pero solamente moviendo tu cara, sin utilizar ninguna otra parte de tu cuerpo. Comienza arrugando tu nariz para espantarla, ahora se ha ido hasta tu frente, deberás fruncirla, luego recorre toda tu cara, tienes que apretarla para que se vaya. Ya se ha ido, puedes relajar poco a poco cada parte de tu rostro.

El elefante:

Estás acostado en un pasto gigante, muy relajado, sin que nadie te moleste u observe, hasta que oyes un ruido muy fuerte. Es un elefante grande que se acerca, no puedes escapar, así que lo único que puedes hacer es poner tu panza muy dura, siente como se endurece. El elefante está a punto de apoyar su pata sobre ti, aprieta muy fuerte tu barriga, ya estás a salvo, puedes relajarla lentamente.

La valla:

Ahora estás paseando por un bosque, y de repente ves un lugar asombroso al que quieres llegar. Es tan bonito y lleno de tus animales favoritos, pero tienes que pasar por una valla antes de llegar ha dicho sitio, para esto deberás meter tu barriga, como si quisieras que

llegue a la espalda, mantén la respiración mientras lo haces. Muy bien, haz logrado pasarla, podrás soltar tu respiración tranquilamente. Relájate.

El barro:

Estás en una jungla peligrosa, pero como eres un excelente explorador conseguirás escapar de la misma. Vas caminando con mucha seguridad cuando de repente encuentras un enorme charco de lodo, para poder pasar, deberás meter tus pies y empujar tus piernas con todas tus fuerzas. Siente como el calor del barro se mete entre tus pies. Empuja muy fuerte, parece que el barro cada vez se hace más duro y pegajoso, tienes que utilizar tus extremidades inferiores con fuerza, siente lo rígidas que están. Pudiste salir, suelta sus piernas y pies para que estén más flojos y relajados. Ahora ya no estás tenso, descansa tranquilo (Liñán, 2017).

Respiración 4,7, 8 del Dr. Andrew Weil

“Recomienda hacerlo sentado, con la espalda recta y apoyada en un respaldo. Lo importante es la relación entre el tiempo de inspiración y espiración (el doble). Una proporción 3-3-6 también puede ser adecuada. Realizarlo, inicialmente, 2 veces al día” (Lapa & Ojembarrena, 2015, pág. 1).

Para ello, se indica al paciente que inhale por la nariz en 4 tiempos, seguidamente, debe mantenerla por 7 tiempos y finalmente, exhalar por la boca en 8 tiempos.

Autoinstrucciones

Consiste en aprender a hablarse a sí mismo de manera positiva en momentos de reposo o ansiedad, con el objetivo de favorecer la autorregulación de la conducta, así como la creencia y confianza en la propia capacidad (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).

En esta ocasión se realiza un abordaje previo con cinco pasos, los cuales consisten en: el terapeuta realiza la tarea (un dibujo) dándose instrucciones concretas a medida que avanza en el gráfico; seguidamente, el adolescente realiza la tarea mientras el terapeuta le dirige en voz alta; posteriormente, el adolescente verbaliza las instrucciones a medida que efectúa la tarea; ulterior a ello, el adolescente susurra las autoinstrucciones mientras hace la tarea; finalmente el adolescente ejecuta la tarea mientras repite las instrucciones mentalmente. Una vez, comprendido el tema, se personaliza las autoinstrucciones, delimitando los siguientes parámetros: identificar la situación problemática; centrar la atención sobre los problemas mediante preguntas y respuestas; reglas específicas sobre el proceso de actuación; cómo actuar frente a un resultado inadecuado; autorrefuerzo.

2.5.4.1.2.2 Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes

Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos

Los adolescentes tienden a imaginar peligros inexistentes o hacen grandes a los peligros pequeños, que en consecuencia olvidan todas las cosas que pueden ayudarle a afrontar la situación (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).

Con respecto a esto, se insta una ficha reflexiva acerca de las diversas situaciones en las que exageró el problema. Seguidamente, deberá contraatacar con lo verdaderamente sucedido. Posterior a esta concientización, el adolescente tendrá anotar otros acontecimientos que le resulten problemáticos, así como sus pensamientos intrusivos y reconocer las herramientas de afrontamiento ante dicha situación (Ver anexo 11).

Ficha: lectura de mente (adaptado):

Concientizar al sujeto sobre la imposibilidad de leer mentes de otra persona y que el tratarlo solo va a causar que no nos animemos a hacer muchas cosas, por esta razón se crea una ficha la cual deberá completar el sujeto (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).

Cabe mencionar, que esta técnica es adaptada a cada distorsión cognitiva que posea el adolescente (Ver anexo 12).

Autorregistro ABC con trampas del pensamiento

Llenar un autorregistro de las veces en las que el paciente se sienta incómodo, los pensamientos que tuvo en ese momento y la acción cometida (Vera & Roldan, 2016). (Ver anexo 13).

Flecha descendente

Según Vera y Roldán (2016) esta herramienta permite al terapeuta ayudar al paciente a reconocer la inferencia evaluativa que se encuentra implícita en los pensamientos o autofrases productos de distorsiones cognitivas.

Estas frases verbalizadas por el paciente, las tomará el terapeuta y agregará la frase: ¿y qué pasaría si...? Realizando una maximización de catástrofe acerca de la situación, con el objetivo de llegar al final de las opciones que tenga el adolescente.

2.5.4.1.2.3. Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico

Hoy seré

Thomas (2019) menciona que “es un cartel que puede colgar en el consultorio o en su casa. La parte superior dice “Hoy seré”, en tanto, en la parte inferior se pegan tiras de papel con frases alentadoras o adjetivos, pretende trabajar la evitación” (p. 164). (Ver anexo 14).

De cinturón blanco a cinturón negro, afrontando los miedos paso a paso

Consiste en dividir en pequeñas partes aquello que a la persona le genera miedo, ordenándolo de menor a mayor dificultad e ir enfrentándolo de a poco. Los pasos que seguirá se podrán escribir en un registro que se le proporcionará (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). (Ver anexo 15).

La prueba de fuego

Según Bunge, Gomer y Mandil (2011) indican que:

El llegar al escalón final al intentar vencer los miedos es fundamental para superarlos, por lo que se ilustrará por medio de un breve cuento. Ulterior a ello, deberá llenar una pequeña ficha explicando su mayor miedo y las diversas maneras de cómo enfrentarlo. (p. 162-164). (Ver anexo 16).

Exposición imaginaria

Las exposiciones son de gran ayuda para los casos de ansiedad social y pueden llegar a ser en vivo o imaginarias. Esta última consiste en que el adolescente sea capaz de traer a su mente alguna situación que le produzca ansiedad y con ayuda del terapeuta ir haciendo acercamientos pequeños a dicha situación, estableciendo metas mesurables, no perfeccionistas ni por reacciones idealistas de otras personas. Además, el terapeuta, debe preguntar en un intervalo de 1 minuto, durante toda la intervención, cómo se encuentra el nivel de ansiedad para ayudarlo a disminuir en caso de que comience a intensificarse. Para concluir con la exposición, el terapeuta es quien interviene en esta etapa (Barlow, 2018).

2.5.4.1.3 Nivel de personalidad

2.5.4.1.3.1 Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas

Técnica de la ruta

Tiene como finalidad promover en la persona la toma de consciencia en torno a sus conductas, pensamientos y emociones negativas actuales, llevándolo a ejecutar cambios a partir de acciones reflexivas.

Para comenzar, se pedirá al paciente que realice una carretera, la cual deberá reflejar el camino por el que ha avanzado, este correspondería a los aspectos positivos o negativos en distintas áreas de su vida, pero que se vinculan con lo que fue o vivió (pasado), el momento en el que se encuentra actualmente, es decir, sus logros alcanzados en el presente y finalmente hacia donde desea dirigirse, es decir, aquello que le gustaría obtener o alcanzar. Cabe mencionar, que dicha ruta, deberá ser dibujada junto con un automóvil, el cual representará al paciente (Moyano, 2018).

Técnica el árbol

Dicha técnica expuesta por Moyano, (2018) pretende promover en la persona una perspectiva más amplia con respecto a sus logros y fortalezas en distintos ámbitos de su vida.

Se pedirá al evaluado que dibuje un árbol, en el cual deberá plasmar en distintas partes del mismo lo siguientes aspectos:

- Frutos: lo que aspira obtener.
- Raíces: Sus experiencias positivas.
- Tronco: Sus fortalezas.

Introspección de la vida cotidiana

Facilita el desarrollo de autonomía al solucionar dificultades que al principio las percibía como catastróficas o desafiantes, dificultando la toma de decisiones e incentivando el desánimo y la inseguridad. Por lo tanto, se solicitará a la persona que manifieste o comente algún problema que se haya presentado en los últimos días o semanas, para de esta manera dar a paso a su identificación y posterior a ello la búsqueda de soluciones aplicando las herramientas que el adolescente crea que son adecuadas o competentes para el problema en específico, dicho procedimiento será ejecutado por el paciente sin ayuda del terapeuta, de esta manera se logrará promover el autoawareness; sin embargo, si es necesario orientar, se lo hará, de tal forma que la persona pueda desenvolverse por sí sola (Moyano, 2018).

Técnica de la metáfora

Consiste en hablar sobre una situación para referirse a otra en particular. Se emplea principalmente para facilitar la comprensión al paciente de su problemática y de esta manera ofrecerle una nueva perspectiva acerca de la misma (Moyano, 2018).

Ejemplo:

“La depresión es como llevar una pesada gárgola en tu hombro. Una piedra que te susurra de forma constante lo poco que vales, lo oscuro de todo aquello que te rodea” (Sabater V. , 2019, pág. 1).

2.5.4.1.3.2. Potenciar rasgos de personalidad

Técnica de la moviola

Permite evaluar las experiencias del paciente y lo que requiere un cambio.

Se puede empezar por un acontecimiento o serie de acontecimientos que produjeron o mantienen el problema, los cuales se deben analizar detalladamente. Se emplea un lenguaje relacionado al cine, donde paciente-terapeuta construye una serie de escenas de dicha situación. Se hace un acercamiento (zoom) para reflexionar o analizar un aspecto concreto y se aleja el zoom para avanzar con otra escena que se encuentra dentro de la secuencia (Moyano, 2018).

Técnica del semáforo

Una vez que se haya aprendido a reconocer el grado de enojo, su puede usar nuevas herramientas para afrontar dichos sentimientos que nos causan conflicto. Para esto se requiere un semáforo y orientar sobre la manera de actuar en cada color (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).

Ejemplo:

Rojo = Para!

Amarillo= Piensa en 3 alternativas buenas y/o malas

Verde= Actúa y al final se deben visualizar los resultados.

Técnica de punteado

Consiste en presionar la punta de un lápiz en distintos sectores de un dibujo para crear textura. Esta actividad contribuye a liberar tensiones y reducir el nivel de frustración (Thomas, 2019).

2.6 Conclusiones:

El modelo integrativo hace referencia a que la personalidad está integrada por lo biológico y genético dando paso a una estructura dinámica; sin embargo, se puede llegar a modificar mediante el trabajo terapéutico, sin dejar de lado el plano sociocultural del individuo.

Así mismo, la personalidad está constituida por sistemas psicofísicos que engloban los hábitos, sentimientos, actitudes específicas y generales que se van ajustando al entorno del sujeto, inclusive con desadaptaciones en el proceso, dando como resultado una personalidad observable y modificable con un sentido de coherencia en la vida de la persona.

En cuanto al tratamiento psicológico del paciente, se debe tener un rapport adecuado, ya que el primer contacto entre paciente y terapeuta debe transmitir esperanza, aceptación y apoyo, para que la persona pueda desenvolverse con mayor facilidad en la sesión, aclarando su necesidad de asesoramiento o un plan psicoterapéutico más profundo en el que se abordan cinco etapas específicas.

CAPÍTULO 3

ESTUDIO DE CASOS

A continuación, se redacta el proceso de intervención terapéutica implementado en adolescentes de 12 a 16 años de edad con ansiedad social. Cabe mencionar que, dichos participantes fueron escogidos durante el tiempo de pandemia, por lo que la mayor parte de las intervenciones fueron ejecutadas vía online.

CASO A

1. Datos de Identificación:

Nombres y apellido: A.L **Edad:** 12 años **Estado civil:** Soltero

Religión: católico **Lugar y fecha de nacimiento:** Estados Unidos, 16 de octubre de 2007

Residencia: Cuenca **Dirección:** sector Colegio Borja

Teléfono: 2892967 **Instrucción:** secundaria **Ocupación:** estudiante

2. Motivo de consulta:

El paciente acude a terapia en un primer momento por pedido de la progenitora; sin embargo, considera personalmente trabajar en base a su timidez para lograr desenvolverse ante cualquier situación social.

3. Antecedentes disfuncionales:

El adolescente manifiesta que desde que asistía a fiestas infantiles a los 9 años, no lograba congeniar con los otros niños, por lo que actualmente reconoce tener pocas relaciones interpersonales, debido a su vergüenza para hablar con personas desconocidas. A pesar de ello, manifiesta no sentirse mal, está acostumbrado, pero desearía tener mayor desenvolvimiento social con el objetivo de tranquilizar a la progenitora y estar “bien” con más personas.

Otro suceso que marcó su timidez, ocurrió en el salón de clases al tener que exponer; ya que al estar al frente presentando su trabajo individual, recibió negativamente las miradas de los presentes, dando como resultado: tartamudeo,

sudoración en palmas y espalda. Motivo por el cual prefiere sustentar en grupo, alegando: “ya no me miran solo a mí, sino a los demás del grupo” y de esta manera pasar desapercibido. Cabe mencionar que, sus rasgos más frecuentes son: evitar llamar por teléfono, no encender la cámara, enrojecimiento y reservado en las reuniones sociales.

4. Instrumentos de evaluación psicológica:

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: el puntaje total obtenido fue de 99, lo que corresponde a Ansiedad social grave.

Inventario de Fobia Social (SPIN): obtiene 9 puntos, por lo cual no hay síntomas clínicamente significativos.

Cuestionario de Personalidad SEAPSI: predomina personalidad afectiva de tipo ciclotímico y personalidad con déficit relacional de tipo evitativo.

5. Planificación:

Tabla 9: Planificación caso A.

Objetivo general: promover el bienestar psicológico del adolescente.

NIVEL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS
Asesoramiento	Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social	*Tríptico (Fase didáctica) (Opazo, 2001). *Vencer la pasividad (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
	Resolver conflictos intra e interpersonales	*Ficha de resolución de problemas (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Role playing (Martín-García, 1992).
		*Egograma (Opazo, 2001).

	Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva	<p>*Matriz de percepciones (Moyano, 2018).</p> <p>*Un frasco con estrellas (Thomas, 2019).</p>
Sintomatológico	Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa	<p>*Respiración 4,7, 8 (Lapa & Ojembarrena, 2015).</p> <p>*Autoinstrucciones (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).</p>
	Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes	<p>*Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).</p> <p>*Ficha: lectura de mente (adaptado) (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).</p> <p>*Autorregistro ABC con trampas del pensamiento (Vera & Roldan, 2016).</p> <p>*Flecha descendente (Vera & Roldan, 2016).</p>
	Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico	<p>*Técnica Hoy seré (Thomas, 2019).</p> <p>*La prueba de fuego (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).</p> <p>*Exposición imaginaria (Barlow, 2018).</p>

Personalidad	Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas	*El árbol (Moyano, 2018). *Técnica de la metáfora (Moyano, 2018).
	Potenciar rasgos de personalidad	*Técnica del Semáforo (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Técnica de punteado (Thomas, 2019).

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

6. Evolución:

Objetivo general: promover el bienestar del adolescente

- Sesión 1

Objetivo específico: psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social y socializar el Cuestionario de Personalidad SEAPsI.

La interacción fue más dinámica al leer el comic propuesto, mismo que sirvió para reflexionar sobre el tipo de pensamiento que posee el adolescente, siendo estos: duda, creer que va a costar tanto que ni siquiera lo intenta y esperar que su ayuda sea externa. Motivo por el cual, se plantean metas reales y a corto plazo; interiorizando lo aprendido mientras se fomenta salir de la zona de confort, es decir, se alienta a no solo pasar desapercibido, sino dar el primer paso para el cambio.

- Sesión 2

Objetivo específico: exponer el diagnóstico y planificación del proceso a la progenitora del paciente.

No se pudo llevar a cumplir con el objetivo debido a problemas personales de la Señora J, por lo que se tuvo que reagendar.

- Sesión 3

Objetivo específico: resolver conflictos intra e interpersonales

La primera estrategia efectuada, “Ficha de resolución de problemas”, generó cierto nivel de ansiedad, que se pudo evidenciar en su tartamudeo y uso de monosílabos. Del mismo modo, se percibió su grado de resistencia al negar tener problemas, ya sea en la infancia o adolescencia. Por otra parte, la segunda técnica, “Role playing”, sacó a relucir su comportamiento pasivo, al interpretar su propio rol; pero al intercambiarlo demostraba un comportamiento firme y seguro.

- Sesión 4

Objetivo específico: promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva y exponer el diagnóstico y planificación del proceso a la madre del paciente.

Se efectúa una retroalimentación verificando el cumplimiento de la TIS enviada. Además, se aprovecha el espacio para socializar sobre la salud de su abuelita junto a su estado de ánimo, el mismo que lo identifica como “triste, desanimado” ya que, no puede ver a su abuela ni a su progenitora, debido a que se encuentra mayor tiempo en el hospital realizando los cuidados pertinentes. Ulterior a ello, se presenta el material “Egograma” junto con la consigna, y el adolescente pudo resolverla satisfactoriamente, argumentando que “si deseo ser como ellos me dicen, como ser un niño normal”. Ante lo cual, se plantea una reflexión a dicho discurso para posteriormente introducir la técnica “Matriz de percepciones”. Esta técnica se la dividió en dos momentos. El primero tenía que resolverlo ese instante y la segunda parte debí ser una TIS para su familia. Finalmente, se incorpora la madre al ZOOM y se puede brindar la información pertinente acerca del diagnóstico y planificación del tratamiento. Se resuelven dudas por parte de ella y se practica una técnica de relajación diafragmática para disminuir niveles de ansiedad debido al estado crítico de su madre.

- Sesión 5

Objetivo específico: disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa.

El paciente manifiesta sentir asombro ante las respuestas emitidas por sus familiares en la tarea enviada. Posteriormente, se emplea técnicas de relajación propias para regresar al adolescente a un estado de calma; mismo que repitió 3 ciclos en ese momento. Finalmente, ante las autoinstrucciones no hubo resistencia por parte de A. pero aún no se anima a encender la cámara.

- Sesión 6

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

El desenvolvimiento mejoró considerablemente, incluso ciertas reflexiones lo hacían reír; sin embargo, aún presentaba cierta vacilación en las respuestas. Además, reconoció evitar lugares y personas a casusa de su distorsión irracional: lectura de mente.

- Sesión 7

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

La técnica efectuada logró que el paciente pueda identificar qué tanto emplea su pensamiento catastrófico en la vida cotidiana y de qué manera afecta en otras áreas importantes del funcionamiento. Por otra parte, emite un discurso dependiente, mismo que se evidencia en la técnica “flecha descendente” al concluir que “mi mami y yo estaríamos bien, o sea tranquilos”, haciendo referencia que el poder socializar con más personas, lo harían sentir más tranquilo y confiado en sí mismo, y su progenitora estaría feliz y calmada de saber que su hijo ya no tiene vergüenzas ni se enrojece fácilmente en público.

- Sesión 8

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Debido al bajo estado de ánimo del paciente, se repiten técnicas anteriores para centralizar los pensamientos negativos y contrarrestarlos con la realidad de los hechos. Además, se evidencia la efectividad de los autorregistros para disminuir las vacilaciones al momento de verbalizar una respuesta.

- Sesión 9

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

El adolescente exterioriza miedo, vergüenza y timidez, ante la inseguridad de poder afrontar problemas cotidianos, por lo que, se efectúa un análisis de todo el avance en el proceso terapéutico con el objetivo de reforzar lo aprendido y debilitar los pensamientos intrusivos. Se evidencian rasgos perfeccionistas en la práctica de la segunda técnica.

- Sesión 10

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se jerarquiza las situaciones temidas para trabajar de menor a mayor ansiedad en un rango de 0 a 10. Posterior a ello, se da paso a la exposición imaginaria (responder en clases) que obtuvo un nivel de ansiedad 9. En una segunda situación recreada (hablar con una chica desconocida), generó un nivel de ansiedad 10. Finalmente, se emplea las herramientas de relajación para lograr disminuir la sintomatología ansiosa manifestada (aprieta y frota sus manos, tartamudea, no puede mantener una conversación).

- Sesión 11

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Toma la iniciativa de encender la cámara e imparte la retroalimentación respectiva. Posteriormente, mediante videollamadas, se emplea la exposición in vivo. En primer lugar con la progenitora, obteniendo un nivel de ansiedad 0; sin embargo, al realizar la llamada a su tía, su ansiedad incrementó a 8 presentando sudoración en palmas. En un segundo momento, se recrea la escena de hablar con una desconocida y ostentó un nivel de ansiedad 6. Finalmente, se recurre a las herramientas de relajación y afrontamiento.

- Sesión 12

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

La exposición in vivo con el progenitor denotó un grado de ansiedad 8 inicialmente; sin embargo, pudo mantener una conversación eficaz, misma que ayudó a disminuir paulatinamente esos síntomas hasta llegar a un nivel de ansiedad 4. Ulterior a ello, a petición del paciente se recrea la escena con la persona desconocida, dando como resultado un nivel de ansiedad 5. Cabe mencionar que, el adolescente ha disminuido su tartamudeo y vacilación, además no presenta sudoración en palmas. Finalmente, las técnicas de relajación cumplen su objetivo.

- Sesión 13

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Para la última exposición in vivo, el paciente se comunicó con un primo lejano, quien se mostró amigable, hubo una buena cohesión, pudo mantener una conversación y ausencia de sudoración en las palmas de A. por lo que su nivel de ansiedad final fue 4. Además,

solicitó recrear nuevamente la escena con la chica desconocida. En esta oportunidad, se evidenció un mejor desenvolvimiento, expresando que su nivel de ansiedad fue 4.

- Sesión 14

Objetivo específico: promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas.

El paciente menciona que, a través de la técnica utilizada, puede notar un antes y después de seguir un proceso terapéutico, ésta y otras reflexiones se enfocaron en la importancia de “no dar paso a los pensamientos negativos”. Cabe mencionar que, no existe resistencia al pedirle encender la cámara.

- Sesión 15

Objetivo específico: potenciar los rasgos de personalidad.

Se evidencia la interiorización del proceso terapéutico a través de las respuestas emitidas, tanto en las técnicas como al preguntarle sobre las relaciones intra e interpersonales. Por otra parte, argumenta haber modificado su pensamiento catastrófico, así como los síntomas de sudoración y enrojecimiento.

7. Conclusión de resultados:

El resultado del test inicial “Escala de ansiedad social de Liebowitz” dio como resultado una ponderación de 99. Mientras que, al aplicar un retest el puntaje obtenido fue: 87.

Cabe mencionar que, la puntuación final, si bien es cierto, no es clínicamente significativa, se debe considerar la apreciación oportuna de cada ítem resuelto, ya que es aquí donde se evalúa el cambio en las situaciones que se deseaba, siendo estos favorables.

De igual forma, los cambios más notorios al finalizar el proceso terapéutico fueron la supresión casi total del uso de monosílabos, así como vacilación en respuestas. Además, de poder sostener una conversación sin manifestar enrojecimiento o sudoración.

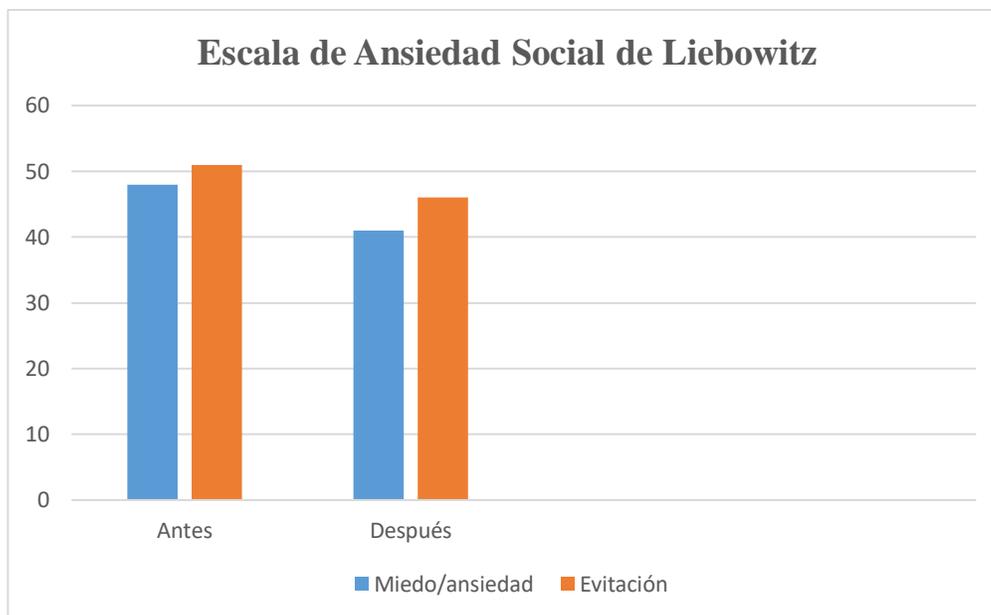


Figura 2: Resultados cuantitativos caso A.

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

CASO K

1. Datos de Identificación:

Nombres y apellido: K.M **Edad:** 12 años **Estado civil:** Soltera

Religión: católica **Lugar y fecha de nacimiento:** Puyo, 17 de diciembre de 2007

Residencia: Puyo **Dirección:** barrio “El Obrero”

Teléfono: 0987083400 **Instrucción:** secundaria **Ocupación:** estudiante

2. Motivo de consulta:

La paciente indica querer descubrir por qué es tímida y espera que, con la ayuda adecuada, ella sea capaz de socializar y desenvolverse más.

3. Antecedentes disfuncionales:

La adolescente relata no sentirse segura cuando se encuentra en reuniones familiares, ya que especula ser comparada; siente incomodidad cuando le preguntan si recibirá un diploma nuevamente; “siento que me juzgan hasta porque estoy

callada”, estos pensamientos suelen generarle síntomas como: enrojecimiento, sudoración y tono de voz bajo. Siente mayor seguridad cuando está ante un público desconocido, que cuando se reúne con personas conocidas.

Del mismo modo, debido a su excelencia académica asegura no tener amigos verdaderos, ya que solo se acercan a ella para pedirle tareas individuales o grupales. Actualmente, las clases en línea le generan tensión debido a que sus profesores piden la intervención de K. y se intensifica su pensamiento “todos ya me ven feo porque siempre soy yo la que habla o representa al curso, entonces ellos me hacen caras, burlas o bostezan a cada rato hasta que yo acabe”.

A más de ello, tuvo una mala experiencia con la psicóloga de la institución, quién la llegó a acusar de mentirosa, sobre un accidente pasado con otra niña, situación que llegó a la Junta Cantonal y terminó con el despido de la profesional. Hace poco buscó ayuda profesional en un centro de salud, pero desertó a la tercera sesión porque no tenía confianza en el profesional.

4. Instrumentos de evaluación psicológica:

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: obtiene un puntaje total de 118, que corresponde a Ansiedad social grave.

Inventario de Fobia Social (SPIN): el total es de 57 puntos, lo que indica una gravedad en ansiedad social

Cuestionario de Personalidad SEAPSI: predomina personalidad cognitiva de tipo anancástico.

5. Planificación:

Tabla 10: Planificación caso K.

Objetivo general: promover el bienestar psicológico del adolescente.

NIVEL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS
	Psicoeducar y orientar sobre sobre la condición clínica y	*Tríptico (Fase didáctica) (Opazo, 2001).

Asesoramiento	distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social	*Vencer la pasividad (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
	Resolver conflictos intra e interpersonales	*Ficha de resolución de problemas (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Role playing (Martín-García, 1992).
	Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva	*Técnica para tratar con los demás (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Egograma (Opazo, 2001). *Matriz de percepciones (Moyano, 2018). *Un frasco con estrellas (Thomas, 2019).
Sintomatológico	Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa	*Respiración 4,7, 8 (Lapa & Ojembarrena, 2015). *Autoinstrucciones (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).
	Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes	*Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Autorregistro ABC con trampas del pensamiento (Vera & Roldan, 2016).

		*Flecha descendente (Vera & Roldan, 2016).
	Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico	*Técnica Hoy seré (Thomas, 2019). *La prueba de fuego (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Exposición imaginaria (Barlow, 2018).
Personalidad	Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas	*El árbol (Moyano, 2018).
	Potenciar rasgos de personalidad	*Técnica del Semáforo (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Técnica de punteado (Thomas, 2019).

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

6. Evolución:

Objetivo general: promover el bienestar psicológico del adolescente.

- Sesión 1

Objetivo específico: psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social y socializar el Cuestionario de Personalidad SEAPSI.

Se exhibe el cómic y concluye ser de las personas que, por temor a hablar, pierde amistades y su indecisión e inseguridad no le ayudan en el hogar. Presenta encorvamiento.

- Sesión 2

Objetivo específico: exponer el diagnóstico y planificación del proceso a la progenitora de la paciente.

El compromiso de la madre es evidente. Tuvo dudas acerca del diagnóstico y el proceso terapéutico, los cuales fueron resueltos cada uno de ellos.

- Sesión 3

Objetivo específico: resolver conflictos intra e interpersonales.

Presenta vacilación en respuestas, ya que afirma que ninguna situación o problema puede tener cosas positivas. Por otra parte, en juegos de roles desempeña un comportamiento egocéntrico para representar a la hermana; mientras que al ejecutar su propio rol muestra conducta de sumisión-pasividad y represión.

- Sesión 4

Objetivo específico: promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva.

La paciente resalta sus defectos y le cuesta valorar sus virtudes. De la misma manera, señala olvidar la manera de sostener una conversación, por lo que responde con tono de voz bajo y con vacilación.

- Sesión 5

Objetivo específico: disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa.

La adolescente presenta quiebre de voz y estado de ánimo bajo debido a problemas familiares, por lo que se enseñan técnicas de relajación pertinentes y la paciente ejecuta 5 ciclos para sentirse calmada.

- Sesión 6

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Mejora fluidez verbal y refleja un nivel de confianza superior al inicial; sin embargo, las distorsiones cognitivas aún son cuestionadas con vacilación.

- Sesión 7

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Realiza una reflexión en base a su autorregistro y evidencia represión de sentimientos a la hora de defenderse. Por otra parte, logra desenvolverse aún más cuando se trata de

catastrofizar las situaciones; sin embargo, analiza su última respuesta y percibe que no es tan grave como se imagina.

- Sesión 8

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

La paciente menciona sentir avances con respecto al análisis previo de las situaciones problemáticas, además éstas son socializadas con la progenitora para fomentar la red de apoyo. También, se evalúa los pensamientos negativos cuando se trata de participar en clases.

- Sesión 9

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

En esta ocasión al implementar las estrategias, la paciente relució sus rasgos anancásticos; sin embargo, con una intervención más directiva pudo completar las tareas sin aumentar sus niveles de ansiedad. Además, utiliza un tono de voz adecuado al momento de verbalizar y evaluar sus miedos y vergüenzas.

- Sesión 10

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se jerarquiza las situaciones que le generen de ansiedad de menor a mayor intensidad, en una escala de 0 a 10. La primera exposición imaginaria (saludar familiares) generó un nivel de ansiedad 7. Mientras que la segunda (recitar al frente de la clase) ocasionó sudoración en frente y espalda, provocando un nivel de ansiedad 8. Finalmente, se aplican las técnicas de relajación.

- Sesión 11

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se efectúa la exposición imaginaria (representando a su escuela), en la cual obtuvo un nivel de ansiedad 4. Sin embargo, al realizar la exposición in vivo (videollamada con familiares) generó tono de voz bajo y vacilación, por lo que su nivel de ansiedad fue 9. Una vez más, se recurre a las técnicas de relajación y afrontamiento.

- Sesión 12

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se trabaja con anterioridad ejercicios de respiración y control de rumeaciones, para que pueda llevar a cabo la exposición imaginaria (presentación ante los compañeros), la cual generó un nivel de ansiedad 5. Por otra parte, realizar una videollamada con una persona desconocida, le generó un nivel de ansiedad 3, destacando mejor fluidez verbal y tono de voz adecuado.

- Sesión 13

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se inicia con la videollamada familiar y la paciente aplica técnicas de relajación y afrontamiento para tratar de mantener una conversación eficaz, aunque durante el proceso tiene un quiebre de voz y sudoración, pero logra controlarlo demostrando mejor desenvolvimiento

- Sesión 14

Objetivo específico: promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas

Se refuerzan los logros obtenidos y la adolescente realiza una introspección que le permitió establecer metas a corto plazo para aumentar su confianza y autoestima. Se mantiene tono de voz adecuado.

- Sesión 15

Objetivo específico: potenciar y flexibilizar los rasgos de personalidad

Existe interiorización de las estrategias implementadas, ya que responde sin vacilaciones, con tono de voz adecuado y de una manera más idónea como: “por lo general es mejor parar y respirar para pensar mejor porque no hay prisa”. Síntomas de sudoración y enrojecimiento disminuidos en un 75%. Además, sigue trabajando personalmente en la eliminación de represión de emociones.

7. Conclusión de resultados:

El resultado del test inicial “Escala de ansiedad social de Liebowitz” dio como resultado una ponderación de 118. Mientras que, al aplicar un retest el puntaje obtenido fue: 103.

Cabe mencionar que, la puntuación final, si bien no es clínicamente significativa, se debe considerar la apreciación oportuna de cada ítem resuelto, ya que es aquí donde se evalúa el cambio en las situaciones que se deseaba, siendo estos favorables.

De igual manera, sus cambios más evidentes al finalizar el proceso terapéutico fueron: poder mantener una conversación entre familiares, sin manifestar sudoración, aumento de la autoestima, así como en su tono de voz.

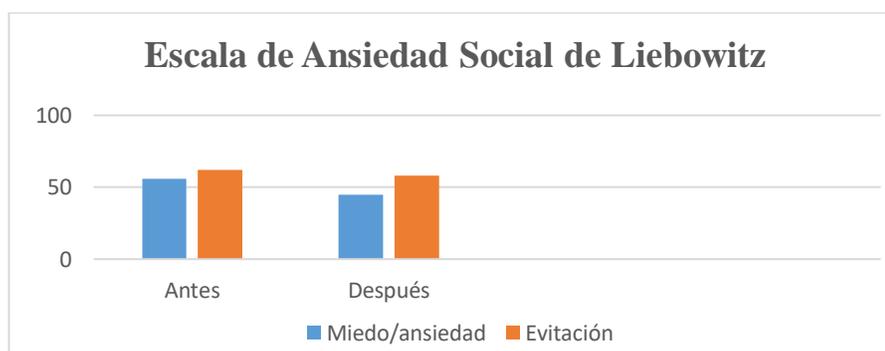


Figura 3: Resultados cuantitativos caso K.

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

CASO D

1. Datos de Identificación:

Nombres y apellido: D.F. **Edad:** 13 años **Estado civil:** soltero

Religión: católica **Lugar y fecha de nacimiento:** Cuenca, 03 de septiembre de 2007

Residencia: Cuenca **Dirección:** Manuel Pangol y Calle Vieja

Teléfono: 0988499315 **Instrucción:** básico **Ocupación:** estudiante

2. Motivo de consulta:

Los padres manifiestan preocupación debido al bajo rendimiento social de su hijo, así como de ciertas conductas problemáticas.

3. Antecedentes disfuncionales:

El paciente desde pequeño, ha presentado dificultades en establecer relaciones estrechas con sus pares, sobre todo con el sexo masculino, prefiriendo jugar de forma solitaria, dichas conductas han sido evidenciadas con mayor claridad en etapas posteriores, algunas de ellas son: rechazo a participar en actividades grupales, si es que estas no son netamente académicas, evitar reunirse con personas de la misma edad en el hogar propio o extraño. Además, predominan comportamientos como: rehusarse a intervenir en clase, así como, temor al ser criticado y avergonzado durante una actividad lúdica. De igual manera, prefiere pasar desapercibido ante un contexto social, llegando a experimentar niveles ansiosos predominantes, al no cumplir con el horario o responsabilidad. También, un signo evidenciado por la familia es la evitación a saludar o mantener una conversación con una persona adulta o percibida como autoridad. Por otro lado, los síntomas ansiosos comentados por el paciente son: enrojecimiento, palpitaciones y sudoración. Así mismo, destacan conductas perfeccionistas, apegadas a las reglas o detalles al ejecutar tareas sencillas (armar un objeto, realizar una receta) generando niveles de estrés significativos. Del mismo modo resaltan las explosiones de ira al interpretar de forma injustificada las acciones de los demás como desleales o agresivas, sobre todo de personas cercanas al adolescente.

4. Instrumentos de evaluación psicológica:

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: en base a la interpretación y corrección de dicho cuestionario el resultado obtenido corresponde a ansiedad social moderada.

Inventario de fobia social: los resultados obtenidos hacen referencia a un nivel de ansiedad social significativo.

Cuestionario de personalidad Seapsi: las puntuaciones destacadas fueron en las variables: paranoide y evitativo.

5. Planificación:

Tabla 11: Planificación caso D.

Objetivo general: promover el bienestar psicológico del adolescente.

NIVEL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS
Asesoramiento	Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social	*Tríptico (Fase didáctica) (Opazo, 2001). *Vencer la pasividad (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
	Resolver conflictos intra e interpersonales	*Ficha de resolución de problemas (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Role playing (Martín-García, 1992).
	Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva	*Técnica para tratar con los demás (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Egograma (Opazo, 2001). *Matriz de percepciones (Moyano, 2018).
	Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa	*Entrenamiento en atención muscular progresiva de Koeppen (Torres, 2013). *Respiración 4,7, 8 (Lapa & Ojembarrena, 2015). *Autoinstrucciones (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).

Sintomatológico	Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes	*Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Ficha: lectura de mente (adaptado) (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
	Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico	*Técnica Hoy seré (Thomas, 2019). *De cinturón blanco a cinturón negro, afrontando los miedos paso a paso (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
Personalidad	Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas	*Ruta (Moyano, 2018). *Introspección de la vida cotidiana (Moyano, 2018).
	Potenciar rasgos de personalidad	*Técnica del Semáforo (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Técnica de punteado (Thomas, 2019).

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

6. Evolución:

Objetivo general: promover el bienestar del adolescente.

- Sesión 1

Objetivo específico: exponer el diagnóstico y planificación del proceso a los padres del paciente.

En la presente sesión se logró establecer la relación terapéutica con los padres, sobre todo, al momento de efectuar la respectiva explicación del diagnóstico obtenido, clarificando al mismo tiempo ciertos elementos. Además, los progenitores supieron ejecutar las respectivas preguntas en relación al tema expuesto. También, denotan apertura, calma y agradecimiento, manifestándolo a través del lenguaje verbal.

- Sesión 2

Objetivo específico: psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.

Al exponer el material didáctico el adolescente logró comprender los pensamientos irracionales, interactuando de manera efectiva en las actividades ejecutadas al manifestar atención y apertura, sobre todo al momento de presentar los vídeos. Sin embargo, al generar preguntas en torno a las distorsiones cognitivas con las que se identificaba se mostró temeroso y nervioso (titubeos, desviar la mirada).

- Sesión 3

Objetivo específico: psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.

El paciente manifestó pocos signos de ansiedad, expresando un cierto nivel de temor al comentar errores personales en ciertos aspectos del juego ejecutado. Además, se observó mayor apertura hacia las tareas desarrolladas, evidenciada a través del disfrute de las mismas e identificando a la vez los pensamientos irracionales (catastrofismo, inferencia arbitraria) sin mostrar signos ansiosos.

- Sesión 4

Objetivo específico: resolver conflictos intra e interpersonales.

Se promovió la resolución adecuada ante un problema, lo cual fue observado a través de la apertura y participación del paciente en las actividades; sin embargo, manifestó nerviosismo y temor a la evaluación negativa, evidenciado a partir del rechazo a comentar elementos acerca de sí mismo. Además, expresó de forma clara y breve las sensaciones experimentadas en la técnica “Role playing”.

- Sesión 5

Objetivo específico: promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva.

El adolescente se manifestó atento ante las explicaciones y participativo en las actividades, reflejado a través del aporte de información personal en las distintas estrategias, ejecutando preguntas y emitiendo ejemplos claros en relación a las mismas. Por otro lado, en ciertos momentos se mostró incómodo y nervioso.

- Sesión 6

Objetivo específico: promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva.

El adolescente se mostró receptivo ante las actividades desarrolladas, desenvolviéndose correctamente a nivel verbal en la técnica denominada “role playing”. Además, al iniciar la sesión exteriorizó signos ansiosos (movimientos de manos y piernas, monosílabos y titubeos), manifestando adecuación en el transcurso de las técnicas, evidenciándolo a través de la disminución sintomatológica mencionada.

- Sesión 7

Objetivo específico: disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa.

Se observa participación activa y apertura en la técnica de Koeppen, disminuyendo conductas ansiosas exteriorizadas al iniciar con la estrategia “autoinstrucciones” (movimientos de manos y pies, titubeos), observándolo en el desarrollo de las actividades. Además, el paciente emitió feedback positivo con respecto a las tareas ejecutadas.

- Sesión 8

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Se observa menor resistencia al comentar acerca de sus pensamientos distorsionados (catastrofismo, inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico), así como, disminución en signos ansiosos a nivel corporal, denotando nerviosismo en el aspecto verbal (titubeos y monosílabos). Además, se evidencia mayor comprensión y colaboración en el ejercicio “autoinstrucciones”.

- Sesión 9

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Disminución de signos ansiosos durante las actividades, demostrando apertura y participación activa hacia las mismas. También, comenta de forma abierta cogniciones irracionales frecuentes (despersonalización, pensamiento dicotómico, inferencia arbitraria).

- Sesión 10

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Las expresiones verbales ansiosas (titubear) se hicieron presentes al conocer la actividad que se ejecutará posteriormente, mitigándolas al mencionar estrategias implementadas con anterioridad, generando mayor apertura y cooperación hacia las técnicas.

- Sesión 11

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Al iniciar, el adolescente estableció pensamientos alternativos en torno a la definición “jugar”, disminuyendo signos nerviosos. En el desarrollo de la actividad comentó que el mayor nivel de ansiedad experimentado correspondía a 4, disminuyendo en función de las frases expresadas por el terapeuta (de 2 a 4), concluyendo con un nivel de 1. Además, se mostró ansioso (mirada agresiva y voz temblorosa) ante frases emitidas por el padre, así como en el momento de colocar en orden los elementos para ejecutar la tarea, recordándole dichas ideas generadas.

- Sesión 12

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

El paciente se mantuvo sin signos de ansiedad ante las explicaciones de los juegos respectivos, llegando a un nivel de 3. En el desarrollo de las actividades los niveles disminuyeron, alcanzando un 2, interactuando de forma dinámica con los participantes. Además, se observa mayor tensión (temblor en las manos, piernas, titubeos y enojo) en el juego propuesto por el progenitor, experimentando un rango de 7, motivándolo a evitar o escapar de la tarea, reduciendo dichos signos al ejecutar las estrategias de relajación y actividades propuestas por el evaluado.

- Sesión 13

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se percibió un mejor manejo de la ansiedad a través de la respiración consciente, dando como resultado la habituación. Además, el juego generador de tensión ya no produjo mayor efecto, alcanzando un nivel de 5 y el mayor nivel en los juegos posteriores fue de 3, concluyendo con 1. Se observa mayor disfrute de los juegos, menor sintomatología ansiosa y mayor control ante el fracaso.

- Sesión 14

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

El paciente mantuvo mayor control ante la ansiedad, sobre todo, en el juego generador de estrés anteriormente, obteniendo un rango de 3 al iniciarlo, finalizándolo con 1. Por otra parte, en las actividades posteriores, el mayor nivel fue de 4 concluyendo con 0. Además, permaneció en las tareas sin verbalizar ningún tipo de queja o conductas evitativas. Cabe mencionar que, se evidencia mayor apertura y disfrute en los juegos, sobre todo en aquellos que no conocía.

- Sesión 15

Objetivo específico: promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas.

Se evidencia participación activa y mayor desenvolvimiento en las actividades, proporcionando información personal sin manifestar signos ansiosos, desarrollando al mismo tiempo reflexión con respecto a los logros obtenidos, así como la expresión de lo que desea mejorar o alcanzar.

- Sesión 16

Objetivo específico: flexibilizar y potenciar rasgos de personalidad.

Manifiesta sensaciones de relajación al ejecutar la actividad que tenía como finalidad dichos aspectos. También, comenta aspectos relevantes sin exteriorizar signos ansiosos. Se observa apertura y desenvolvimiento en las actividades.

7. Conclusión de resultados:

Los resultados obtenidos anteriormente corresponden a una puntuación de 67, mientras tanto, en el retest aplicado la persona evaluada obtuvo una ponderación de 66, correspondiente a un puntaje menor, con una diferencia de 1, resaltando la subescala

miedo/ansiedad que proyecta una reducción, mientras tanto, la variable evitación permaneció estable.

Es necesario mencionar que, los puntajes no reflejan el cambio obtenido en el adolescente, ya que, es indispensable establecer una verificación de cada ítem, mismos que destacan contrastes entre la aplicación previa y aquella ejecutada al finalizar el proceso.

Por otra parte, con la culminación de la intervención terapéutica, el paciente pudo exteriorizar un mayor desenvolvimiento en actividades lúdicas a nivel grupal. Además, consiguió evidenciar ideas alternativas en relación a pensamientos perfeccionistas y ansiosos que poseía. Finalmente, se obtuvo disminución sintomatológica a nivel verbal y corporal.

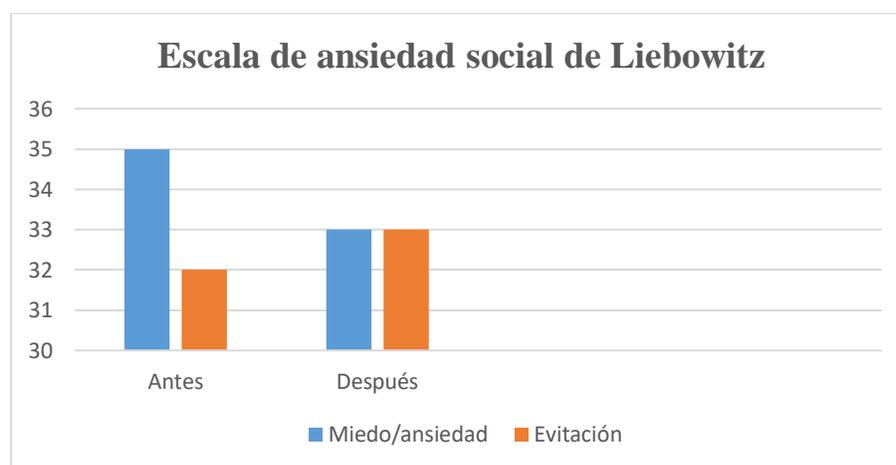


Figura 4: Resultados cuantitativos caso D.

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

CASO S

1. Datos de Identificación:

Nombres y apellido: S.T. **Edad:** 16 años **Estado civil:** soltera

Religión: cristiana **Lugar y fecha de nacimiento:** Quito, 27 de mayo de 2004

Residencia: Quito **Dirección:** sector “La Gasca”

Teléfono: 0992936381 **Instrucción:** básico **Ocupación:** estudiante

2. Motivo de consulta:

La progenitora refiere que el comportamiento de su hija es preocupante ya que la observa aislada y sumisa la mayor parte del tiempo.

3. Antecedentes disfuncionales:

La persona evaluada, en la etapa de desarrollo correspondiente a la adolescencia ha experimentado dificultades para interactuar con sus pares, debido a experiencias negativas dentro de su grupo social, generando aislamiento y rechazo a participar en actividades que incluyan ser el centro de atención, tal es el caso de exposiciones académicas, comentar acerca de un tema en clase o tareas extracurriculares (bailar o practicar algún tipo de deporte). Además, se resalta el hecho de inestabilidad e hipersensibilidad social, reflejado tanto en los cambios recurrentes de instituciones escolares, preocupación excesiva de la evaluación negativa por parte de los demás, generando afectación en el funcionamiento habitual, evidenciado en el ausentismo y bajo rendimiento académico, así como en la fluctuación del estado de ánimo. Por otro lado, se destaca la necesidad de aprobación en la toma de decisiones con la finalidad de ser parte de un conjunto social, observado a partir del deseo de ejecutar tareas de forma impecable (autoexigencia) produciendo sensaciones ansiosas al no conseguirlo, dichas conductas nerviosas son: enrojecimiento, palpitations, sudoración, temblor en la voz y dificultad en mantener el contacto ocular.

4. Instrumentos de evaluación psicológica:

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: los resultados obtenidos reflejan ansiedad social grave.

Inventario de fobia social: la corrección generó una puntuación correspondiente a una gravedad significativa de ansiedad social.

Cuestionario de personalidad Seapsi: de acuerdo al puntaje obtenido, la persona evaluada encaja en los apartados: evitativo y dependiente.

5. Planificación:

Tabla 12: Planificación caso S.

Objetivo general: promover el bienestar del adolescente.

NIVEL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS
Asesoramiento	Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social	*Tríptico (Fase didáctica) (Opazo, 2001). *Vencer la pasividad (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
	Resolver conflictos intra e interpersonales	*Ficha de resolución de problemas (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Mapa del problema (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Role playing (Martín-García, 1992).
	Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva	*Técnica para tratar con los demás (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Aprendiendo a quererse (Vera & Roldan, 2016). *Un frasco con estrellas (Thomas, 2019).
	Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa	*Entrenamiento en atención muscular progresiva de Koeppen (Torres, 2013). *Respiración 4,7, 8 (Lapa & Ojembarrena, 2015).

Sintomatológico		*Autoinstrucciones (Ruiz, Días, & Villalobos, 2012).
	Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes	*Ficha: lectura de mente (adaptado) (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011). *Autoregistro ABC con trampas del pensamiento (Vera & Roldan, 2016). *Flecha descendente (Vera & Roldan, 2016).
	Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico	*Técnica Hoy seré (Thomas, 2019). *La prueba de fuego (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).
Personalidad	Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas	*El árbol (Moyano, 2018).
	Potenciar rasgos de personalidad	*Técnica del Semáforo (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011).

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

6. Evolución

Objetivo general: promover el bienestar del adolescente.

- Sesión 1

Objetivo específico: exponer el diagnóstico y planificación del proceso a los padres del paciente.

Al establecer la explicación minuciosa de los elementos que conforman la personalidad y ansiedad social, la madre se mostró preocupada, generando preguntas, las cuales fueron respondidas con un lenguaje adaptado al nivel de entendimiento de la misma, quien participó de forma activa en la información proporcionada, evidenciado a partir de la apertura y agradecimiento manifestado.

- Sesión 2

Objetivo específico: psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.

Al realizar las preguntas con respecto al material didáctico proporcionado, la adolescente manifestó la identificación con ciertas conductas y pensamientos distorsionados (lectura de mente, etiquetación, conclusiones apresuradas). Por otro lado, en la actividad lúdica la persona reveló aquellos aspectos ambientales y personales que producen malestar a nivel inter e intrapersonal, generando mayor consciencia ante los factores que influyen en situaciones problemática.

- Sesión 3

Objetivo específico: resolver conflictos intra e interpersonales.

Se logró transmitir la importancia de implementar empatía en la resolución de situaciones que generan conflictos, así como la identificación de aquellas conductas que aumentan el problema y de los recursos que posee la persona para enfrentarlos, todo esto fue evidenciado a partir de la apertura, reflexión y comentarios emitidos por la persona en torno a las emociones experimentadas en las actividades ejecutadas. Manifiesta un lenguaje autocrítico. Además, refleja correcta comprensión ante la TIS, lo cual fue verificado a través de preguntas con respecto a la resolución implementada en cada situación plasmada, cumpliendo con la finalidad de la tarea.

- Sesión 4

Objetivo específico: promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva.

La adolescente comentó ideas o pensamientos que fomentan sentimientos de inseguridad, participando de forma activa en las actividades (menciona una canción que la motiva). Además, proporciona información personal con respecto a experiencias negativas que han generado baja autoestima. Por lo tanto, se logró promover mayor consciencia y claridad mental en el transcurso de las técnicas, sobre todo, en el establecimiento de conversaciones sociales, así como percepción positiva hacia sí misma.

- Sesión 5

Objetivo específico: promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva.

Las actividades ejecutadas permitieron observar los errores por parte de la paciente al momento de socializar, así como aspectos positivos al hacerlo. Además, al establecer retroalimentación y al iniciar las estrategias la persona manifestó ciertos titubeos y enrojecimiento; sin embargo, en el desarrollo de las mismas, se logró evidenciar mayor apertura, cooperación y desenvolvimiento a nivel verbal y no verbal. Por otro lado, la adolescente estableció autoobservación en la TIS, disminuyendo la desacreditación hacia sí misma.

- Sesión 6

Objetivo específico: disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa

Al iniciar la sesión se observan síntomas ansiosos a través del lenguaje verbal (titubeos), disminuyéndolos en el transcurso de las actividades, lo cual fue evidenciado a partir de la apertura y participación activa de cada una de ellas. Además, la paciente manifestó haber experimentado sensaciones corporales agradables al ejecutar las técnicas de relajación.

- Sesión 7

Objetivo específico: disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa.

Se evidencia mayor apertura en las tareas ejecutadas, percibiéndolo a partir de un mejor desenvolvimiento en cada una de ellas, sin requerir mayor ayuda del terapeuta. Además, se visualizan ciertas conductas nerviosas como: temblor en la voz o enrojecimiento. Por otro lado, se promueve el manejo efectivo de una situación al controlar los signos ansiosos.

- Sesión 8

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

La paciente fue impuntual con respecto al horario establecido reiterando disculpas varias veces conjuntamente con signos ansiosos: enrojecimiento, temblor en la voz y tendencia a desviar la mirada. En el desarrollo de las actividades la adolescente pudo identificar e interiorizar aquellos pensamientos irracionales (catastrofismo, inferencia arbitraria, etiquetamiento, personalización y razonamiento emocional) que conllevan un actuar inadecuado, expresando a la vez experiencias personales con respecto a cada una de ellas.

- Sesión 9

Objetivo específico: reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

En dicha sesión la persona recordó y reconoció fácilmente cada una de las distorsiones cognitivas trabajadas con anterioridad, favoreciendo la implementación de pensamientos alternativos. Además, se observa mayor introspección con respecto a cada una de ellas y un ausentismo del lenguaje autocrítico.

- Sesión 10

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se observan signos ansiosos al momento de comentar lo que se abordará en sesiones posteriores, disminuyéndolos al recordar los puntos estratégicos abarcados previamente, así como técnicas para facilitar la exposición en vivo. Al incluir el elemento creativo, se evidencia mayor motivación y apertura a las actividades. Además, se muestra receptiva hacia las explicaciones instauradas, ejecutando preguntas de forma calmada y empática.

- Sesión 11

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se muestra empática ante la espectadora invitada. Se evidencia el seguimiento de las directrices proporcionadas en la sesión previa. Además, manifiesta el nivel ansioso alcanzado en un rango de 0-8, iniciando con 6, en el desarrollo de la exposición fue de 3 y concluyendo con 1, comentando que los pensamientos generadores de dichos niveles estuvieron

relacionados a: personalización, expresando varias veces disculpas al cometer una mínima equivocación y catastrofismo al comenzar la actividad. Por otro lado, las conductas corporales fueron: enrojecimiento y dificultad para fijar la mirada.

- Sesión 12

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

La persona inicia de forma adecuada la ponencia, mostrando respeto hacia el público, finalizándola con un agradecimiento y respondiendo de forma asertiva ante los comentarios o preguntas implementadas por los espectadores. Por otro lado, el nivel alcanzado al empezar la exposición fue de 5, un nivel de 2 durante la tarea y concluyendo con 0; sin embargo, ante las sugerencias emitidas por las personas comentó que el rango fue de 4-5. Además, en el desarrollo de la presentación demostró seguridad y espontaneidad, evidenciadas a partir del lenguaje verbal (menor número de titubeos) y no verbal (mirada fijada en el público gran parte del tiempo). Además, reflejo creatividad en el material utilizado, generando un comentario personal con respecto al tema tratado. Sin embargo, en ciertos momentos destacaron pausas, temblor en la voz y elementos verbales repetitivos: emm, este.

- Sesión 13

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Al empezar la respectiva exposición, paciente se mostró amable con el público, explicando a la vez la idea central que deseaba comunicar a los espectadores. También, la adolescente fomentó la participación de las personas, invitándolas a generar preguntas o comentarios. Así mismo emitió una crítica personal acerca de la temática. Por otro lado, en su primera experiencia obtuvo un nivel ansioso de 6, mientras que en el desarrollo de la actividad fue de 3, concluyéndola con 1, observando dichas conductas a partir de titubeos y pequeñas pausas. La disminución de la tensión se observó a través de su tono de voz moderado, con menor índice de perturbaciones en el habla, así como mirada fijada en el público. Del mismo modo, se percibió un manejo adecuado de la frustración al momento en el que los participantes se distrajeran durante la ponencia.

- Sesión 14

Objetivo específico: fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Se evidencia mayor seguridad y manejo ansioso, efectuando la exposición de forma clara y empática. Manifiesta control nervioso ante ciertos factores externos, como: interrupción del público para generar preguntas, estableciendo respuestas de forma calmada y espontánea. Al momento de escuchar sugerencias o comentarios tanto positivos como negativos expresa agradecimiento en lugar de verbalizar varias veces “perdón”. Además, el nivel de ansiedad al iniciar fue de 4, en el transcurso de la ponencia de 2, sobre todo en el momento de interrupción, 3 al recibir sugerencias, finalizando con 1; la disminución de la sintomatología ansiosa se observó a partir del desenvolvimiento en distintos elementos paralingüísticos (entonación apropiada, tono de voz moderado y mirada focalizada ante el público). Cabe destacar que, la paciente manifestó previamente no sentirse preparada; sorprendiéndose al finalizar, de la seguridad experimentada.

- Sesión 15

Objetivo específico: promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas y potenciar rasgos de personalidad.

La adolescente participó activamente en las distintas actividades, reflexionando acerca de los distintos aspectos personales obtenidos o evidenciados, expresando al mismo tiempo situaciones problemáticas e implementando en cada una, las tareas propuestas de forma eficaz, llevándola a generar introspección. Por otro lado, no se presenciaron signos de ansiedad verbales, sin embargo, a nivel corporal se evidenció enrojecimiento al momento de describir lo que desea obtener.

7. Conclusión de resultados:

El puntaje obtenido previo a la ejecución de la intervención terapéutica fue de 82, mientras tanto la ponderación establecida en el retest corresponde a 20 puntos, lo cual hace referencia a una disminución significativa en los signos o síntomas del trastorno experimentados por la paciente en un primer momento, destacando mayor reducción en la subescala evitación y una puntuación mayor en la variable miedo/ansiedad.

Así mismo, el proceso terapéutico permitió a la adolescente obtener mayor seguridad y desenvolvimiento en la participación de grupos sociales, mismos que fueron alcanzados a partir de la identificación y reconocimiento eficaz de distorsiones cognitivas. También la

participante logró interiorizar estrategias proporcionadas para el manejo adecuado de síntomas ansiosos a nivel corporal y verbal en situaciones conflictivas.

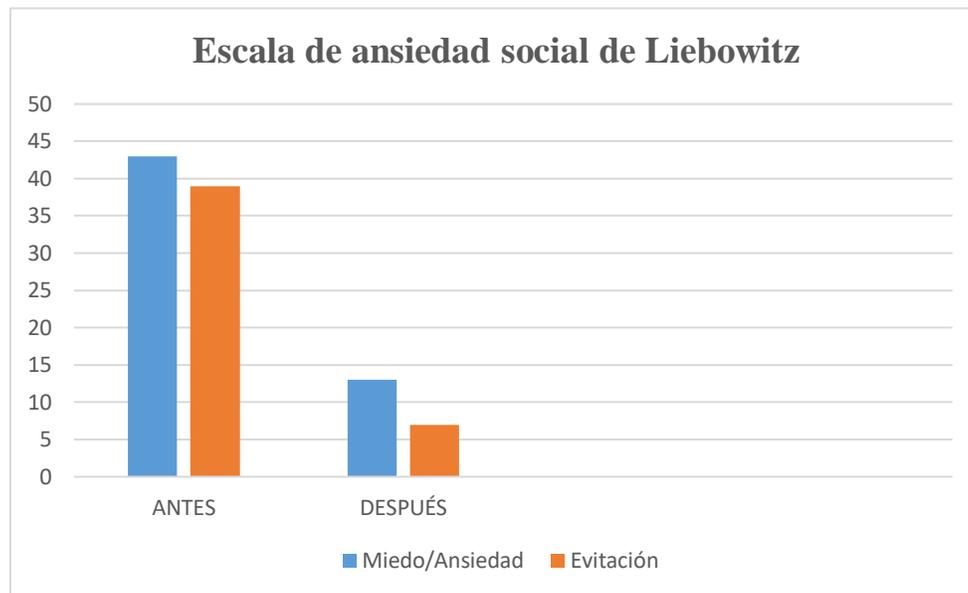


Figura 5: Resultados cuantitativos caso S.

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

CONCLUSIONES GENERALES

La fobia social es también conocida como ansiedad social; sin embargo, se distinguen entre ansiedad discreta (cuando se teme una o dos situaciones específicas) y ansiedad generalizada (teme a diferentes tipos de contacto interpersonal), respectivamente. Cabe mencionar que, la mayoría de la población ha experimentado ansiedad en diferentes contextos sociales, siendo diagnosticados el 91% de los casos con TAS antes de los 25 años, con una referencia inicial a partir de los 12 años; presentando síntomas tales como: sudoración, enrojecimiento, palpitaciones, movimientos de manos, piernas, sensaciones de miedo o vergüenza, perturbaciones en el tono de voz, dificultad para mantener contacto ocular, incomodidad a la observación durante la ejecución de tareas específicas, malestar al mantener una conversación, evitar hablar con personas desconocidas y con figuras de autoridad. Es imperioso reconocer la intensidad que generan dichas conductas, así como el tiempo de prolongación en el que se han experimentado (Vera & Roldan, 2016).

De igual forma, la patología descrita no se vincula exclusivamente con rasgos de personalidad de tipo evitativo, ya que según el abordaje terapéutico practicado han surgido rasgos de personalidad como: personalidad afectiva de tipo ciclotímico, personalidad cognitiva de tipo paranoide y tipo anancástico; en último lugar, personalidad con déficit relacional de tipo dependiente.

Por otra parte, los casos de intervención terapéutica se ejecutaron con estrategias cognitivo conductuales basadas en la psicoterapia integrativa de forma personalizada. Demostrando que la estructura planteada, logró reducir la sintomatología ansiosa en diferentes niveles.

En primer lugar, el paciente A. mostró una reducción en la utilización de monosílabos, así como disminución en síntomas físicos. En segundo lugar, la paciente K. demostró adquirir mayor seguridad en sí misma, mejor desenvolvimiento en situaciones sociales-familiares, logrando así un descenso en la característica de sudoración. En tercer lugar, el paciente D. consiguió proporcionar información personal sin temor a ser criticado, así como una reducción en la manifestación de movimientos corporales y escasas perturbaciones en el aspecto verbal. Finalmente, la paciente S. tuvo una mejoría clínicamente significativa, al conseguir mayor independencia, seguridad, dando paso a la eliminación de rumiaciones y distorsiones cognitivas.

Para concluir, se analizan las preguntas de investigación propuestas, las cuales dan como resultados la eficacia del tratamiento en un 25%; mientras que el 75% restante, tuvieron cambios favorables, pero no clínicamente significativos. Sin embargo, se defiende la planificación y tratamiento estipulados, ya que, según los ítems de la escala de ansiedad social de Liebowitz (retest) reflejan los cambios específicos adquiridos e interiorizados de cada paciente. Además, las características que se destacan para la elaboración de una intervención son: edad, escolaridad, rasgos de personalidad a considerar y prolongar el número de sesiones planteadas.

RECOMENDACIONES

Con respecto a los resultados obtenidos, se puede sugerir:

A nivel psicoterapéutico: ejecutar la intervención terapéutica en una modalidad presencial, ya que mediante vía on-line no se aprecia el lenguaje no verbal, a más de dificultades en la conexión. Además, tener presente el estilo del terapeuta y personalidad del paciente, ya que al regirse a un esquema de tratamiento se limita la creatividad para enganchar al sujeto en diferentes actividades.

A nivel psicológico y académico: psicoeducación de manera general en instituciones educativas, con la finalidad de que tanto maestros como estudiantes sepan identificar las señales de un posible TAS previniendo secuelas y entorpecimiento social en etapas evolutivas posteriores, para así evitar un desarrollo de patologías comórbidas. Además, se debe considerar un trabajo multidisciplinario entre terapeutas y pedagogos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del adolescente.

A nivel familiar: mediante asesoramiento psicológico, establecer la red de apoyo en la cual se deberá construir un nivel de comunicación apropiado dentro de la familia, con el objetivo de reconocer señales y síntomas mencionadas con anterioridad para un posible TAS. En el caso de haber obtenido un diagnóstico positivo para TAS, se recomienda a los padres implementar estrategias brindadas y guiadas por un profesional para poder lograr un progreso eficaz en el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) 5 Ed.* Arlington: Medica Panamericana.
- Bados, A. (20 de 09 de 2017). *Universitat de Barcelona*. Obtenido de Fobia Social: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115727/1/Fobia%20social.pdf?fbclid=IwAR25jNCRF-pi2ypCbmJoJlxbx8tG1KmtCjvQaD2SIBtrFiFomaMU1z_J8y0
- Baeza Velasco, C. (2007). *Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social*. Obtenido de Cuadernos de Neuropsicología: <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642479004.pdf>
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: UNIGRAF.
- Barlow, D. (2018). Manual Clínico de trastornos psicológicos. En D. Barlow, *Magee, L; Heimberg, R* (págs. 211-248). México: Manual Moderno.
- Berger, K. (2016). *Psicología del desarrollo: Infancia y Adolescencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Blanco, J., Bolpe, P., Erbetta, A., González, N., & Volta, L. (noviembre de 2015). *Diversidad clínica de las llamadas fobias sociales*. Obtenido de sidici: <http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52878/Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bravo, A., & Padrós, F. (Enero de 2014). *Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual*. Obtenido de Researchgate: https://www.researchgate.net/publication/303937124_Modelos_explicativos_de_la_fobia_social_Una_aproximacion_cognitivo-conductual_Explanatory_models_of_social_phobia_An_approach_cognitive-behavioral

- Bravo, M., & Padrós, F. (2016). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo- conductual. *Uaricha Revista de Psicología*, 136. Obtenido de researchgate.net.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2011). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos- 3ra. ed.* Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Caballo, V., Salazar, I., Garrido, L., Iurrtia, M., & Hofmann, S. (2018). Programa de intervención multidimensional para la ANSIEDAD SOCIAL (IMAS) - Libro terapeuta. En V. Caballo, I. Salazar, L. Garrido, M. Iurrtia, & S. Hofmann, *Programa de intervención multidimensional para la ANSIEDAD SOCIAL (IMAS) - Libro terapeuta* (págs. 31-36, 46). Madrid: PIRÁMIDE.
- Caballo, V., Salazar, I., M, I., B, A., & Guillén, J. (2010). *Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de personalidad.* Obtenido de Behavioral Psychology/ Psicología Conductual: https://www.researchgate.net/profile/Vicente_Caballo/publication/230704635_Relationships_between_social_anxiety_and_personality_traits_styles_and_disorders_Relaciones_entre_ansiedad_social_y_rasgos_estilos_y_trastornos_de_la_personalidad/links/00b7d52c1d1
- Caballo, V; Verania, A; Bas, F. (1997). Fobia Social. En V. Caballo, *Vol.1: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 25-26). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Campo, A., Vanegas, J., & Herazo, E. (2017). *Orientación sexual y trastorno de ansiedad social: una revisión sistematica.* Obtenido de scielo: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000200004
- Clark, D., & Beck, A. (2018). *Manual Práctico para la ansiedad y las preocupaciones.* New York: Desclée De Brouwer,S.A.
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad.* Naucalpan de Juárez: Pearson Educación de México,S.A.

- Connor, K., Kobak, K., Churchill, L., Katzelnick, D., & Davidson, J. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. En K. Connor, K. Kobak, L. Churchill, D. Katzelnick, & J. Davidson, *Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder* (págs. 14:137-40). *Depress Anxiety*.
- Cueva, A. (2015). *"La psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad como alternativa psicoterapéutica favorable al proceso de adherencia al tratamiento en pacientes oncológicos del Hospital Carlos Andrade Marín"*. Obtenido de Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7553>
- Echeburua-Odrizola, E., & Salaberria-Irizar, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*, 16-17. Obtenido de Psicothema.
- Frick, A., Ahs, F., Engman, J., Jonasson, M., Alaie, I., & Bjorkstrand, J. (2015). Un exceso de serotonina podría desencadenar fobia social. *neurología.com*.
- García, E., Alcázar, A., & Olivares, P. (2011). Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa. *Scielo*, 233-243.
- García-Portilla, M., Bascarán Fernández, M., Sáiz Martínez, P., Parellada Redondo, M., Bousoño García, M., & García, B. (2014). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. España: CIBERSAM.
- Heimberg, R., & Magee, L. (2016). Trastorno de Ansiedad E Social. En D. Barlow, *Manula Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo* (págs. 116-118). artmed.
- Lapa, J., & Ojembarrena, J. (marzo de 2015). *Relajación con la respiración 4-7-8 del Dr. Andrew Weil*. Obtenido de aplalcorcon: <http://www.aplalcorcon.com/wp-content/uploads/2015/03/Rel%C3%A1jate-con-la-respiraci%C3%B3n-478-del-Dr-Andrew-Weil.pdf>

- Liñán, P. (enero de 2017). *wordpress*. Obtenido de <https://experienciasenpt.files.wordpress.com/2017/01/relajacic3b3n.pdf>
- Martín, A., & Swinson, R. (2014). *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social*. Bilbao: Desclée De Bouwer, S.A.
- Martínez, E. (marzo de 2011). *Estudio de caso: Terapia Sistémica para la ansiedad y la depresión*. Obtenido de repositoriousfq: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1364/1/101747.pdf>
- Martín-García, X. (1992). *Dialnet*. Obtenido de El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/126264.pdf>
- Moyano, M. (2018). Matriz de percepciones (basado en clases de psicoterapia cognitivo-conductual). (A. León, & G. Duy, Entrevistadores)
- OMS. (1992). CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. En OMS, *Trastornos de Ansiedad Fóbica* (págs. 172-173). Madrid: MEDITOR.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia integrativa. Delimitación clínica*. Santiago-CHILE: Ediciones ICPSI.
- Ordóñez, A., Espinosa, L., García, L., & Muela, A. (2013). *Inhibición conductual y su relación con los trastornos de ansiedad infantil*. Obtenido de SCIELO : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-48082013000300010&script=sci_arttext&tlng=en
- Ortigosa, J., Méndez, F., & Riquelme, A. (2014). *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Pinto, J. (2014). *Posibilidades de combinación del modelo cognitivo-conductual y el psicoanalítico en el tratamiento de la ansiedad*. Obtenido de copmadrid.org: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2014v5n2a2.pdf>

- Psic. Vásquez, A. (2012). *Universidad del Azuay*. Obtenido de Propuesta de intervención psicoterapéutica, para tratar la complejización del duelo, según el modelo integrativo focalizado en la personalidad: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3055/1/09334.pdf>
- Ruiz, M., Días, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductual*. Bilbao-España: Desclée de Brouwer. Obtenido de Como controlar la ansiedad. Técnica de las autoinstrucciones positivas: <https://vivirsinansiedad.org/superar-ansiedad/autoinstrucciones-positivas/>
- Sabater, V. (14 de julio de 2018). *Tipos de ansiedad según Sigmund Freud*. Obtenido de La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/los-tres-tipos-de-ansiedad-segun-sigmund-freud/>
- Sabater, V. (28 de Marzo de 2019). *4 metáforas terapéuticas para la depresión que te harán reflexionar*. Obtenido de La mente es maravillosa: <https://lamenteesmaravillosa.com/metaforas-terapeuticas-para-la-depresion/>
- Schaefer, H., & Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Scielo*, 37.
- Thomas, B. (2019). *Estrategias creativas de afrontamiento para niños. 1ra edición*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Tobías-Imbernón, C., Olivares-Olivares, P., & Olivares, J. (2013). Revisión de autoinformes de fobia social diseñados para niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 123-130.
- Torres, N. (2013). *Psicoactiva*. Obtenido de Técnica de relajación para niños: la relajación muscular de Koeppen: <https://www.psicoactiva.com/blog/tecnica-relajacion-ninos-la-relajacion-muscular-koeppen/>
- Vera, M., & Roldan, G. (2016). *Ansiedad Social. Manual práctico paara superar el miedo*. Madrid: Pirámide.

Wagner, M., Pereira, A., & Oliveira, M. (2014). Intervención sobre las Dimensiones de la Ansiedad Social por medio de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 423-440.

ANEXOS

Anexo 1: FIEPS

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

N° _____

Fecha: _____ Elaborada por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: _____

Edad: _____ años Estado Civil: _____ Religión: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Residencia: _____ Dirección: _____ Telf: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Informante: _____ Parentesco: _____

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar(s)	
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Balarezo, 2010, págs. 212-213).

Anexo 2: Escala de ansiedad social de Liebowitz

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS)

Miedo o ansiedad	Evitación	
0. Nada de miedo o ansiedad	0. Nunca lo evito (0%)	
1. Un poco de miedo o ansiedad	1. En ocasiones lo evito (1-33%)	
2. Bastante miedo o ansiedad	2. Frecuentemente lo evito (33-67%)	
3. Mucho miedo o ansiedad	3. Habitualmente lo evito (67-100%)	
	Miedo/ansiedad	Evitación
1 Llamar por teléfono en presencia de otras personas		
2 Participar en grupos pequeños		
3 Comer en lugares públicos		
4 Beber con otras personas en lugares públicos		

5 Hablar con personas que tienen autoridad		
6 Actuar, hacer una representación o dar una charla ante un público		
7 Ir a una fiesta		
8 Trabajar mientras le están observando		
9 Escribir mientras le están observando		
10 Llamar por teléfono a alguien que usted no conoce demasiado		
11 Hablar con personas que usted no conoce demasiado		
12 Conocer a gente nueva		
13 Orinar en servicios públicos		
14 Entrar en una sala cuando el resto de la gente ya está sentada		
15 Ser el centro de atención		
16 Intervenir en una reunión		
17 Hacer un examen, test o prueba		
18 Expresar desacuerdo o desaprobación a personas que usted no conoce demasiado		
19 Mirar a los ojos a alguien que usted no conoce demasiado		
20 Exponer un informe a un grupo		
21 Intentar “ligarse” a alguien		
22 Devolver una compra a una tienda		
23 Dar una fiesta		
24 Resistir a la presión de un vendedor muy insistente		

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (García-Portilla, y otros, 2014).

Anexo 3: Inventario de Fobia Social

Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN)

Instrucciones: Por favor, señale cuánto le han molestado los siguientes problemas durante la última semana. Marque sólo una casilla por cada problema y asegúrese de contestar a todos los ítems					
	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Extremo
1 Tengo miedo a las personas con autoridad					
2 Me molesta ruborizarme delante de la gente					
3 las fiestas y acontecimientos sociales me dan miedo					
4 Evito hablar con desconocidos					
5 Me da mucho miedo ser criticado					
6 Por temor al ridículo evito hacer cosas o hablar con la gente					
7 Sudar en público me produce malestar					
8 Evito ir a fiestas					
9 Evito actividades en las que soy el centro de atención					
10 Hablar con extraños me atemoriza					
11 Evito dar discursos					
12 Haría cualquier cosa para evitar ser criticado					
13 Me dan miedo las palpitaciones cuando estoy con gente					
14 Temo hacer las cosas cuando la gente puede estar mirándome					
15 Entre mis mayores miedos están hacer el ridículo o parecer estúpido					
16 Evito hablar con cualquiera que tenga autoridad					
17 Temblar o presentar sacudidas delante de otros me produce malestar					

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (García-Portilla, y otros, 2014).

Anexo 4: Cuestionario de personalidad SEAPSI

Cuestionario de Personalidad SEAPSI

Nombre _____ **Fecha** _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	
	Generalmente impongo mi punto de vista	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	
Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar		

c	Mi estado de ánimo es muy variable		
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste		
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro		
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso		
	Por las mañanas siento triste y parecería que todo me saldrá mal		
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano		
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno		
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		

	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones de dificultades es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		

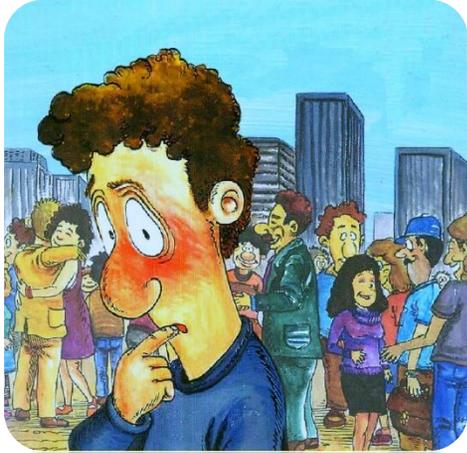
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común		
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro		
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás		
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza		
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales		
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones		
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás		
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas		
	Temo que los demás quieran hacerme daño		
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real		
ds	Reniego de las normas sociales y legales		
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales		
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas		
	En la niñez solía causar daños a los animales		
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro		
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas		
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias		
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas		
	Soy inestable en mis trabajos aun cuando tenga obligaciones económicas		
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás		
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		

Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
APRECIACIÓN		

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Psic. Vásquez, 2012).

ANSIEDAD SOCIAL



**CLAVE DE ESTE
PROBLEMA:**

VIVO PENDIENTE DE LO QUE PIENSAN DE MI

¿Qué es la ansiedad social?

Hace referencia a una persona que experimenta o se siente muy incómoda en ciertas situaciones sociales, es decir, cuando está rodeada por una o varias personas, por lo tanto, tiene miedo de hacer o decir algo embarazoso y ser criticado por los demás.



Todos sufrimos timidez o inseguridad de vez en cuando pero este temor que siente la persona se repite a menudo y con gran intensidad.



El miedo intenso y la incomodidad se pueden presentar en una o más de las siguientes situaciones sociales:

- Tener una conversación con un desconocido.
- Conocer nuevos amigos.
- Ser observado comiendo, bebiendo o trabajando
- Hablar en público (charlas, alzar la mano en clase, etc.)
- Leer en voz alta en público.
- Expresar lo que sentimos o necesitamos a los demás
- Hablar por teléfono
- Presentarse a un grupo
- Hacer deporte frente a otras personas



Este problema se alimenta de pensamientos negativos, llamados **distorsiones cognitivas**, como:

Catastróficos

Son aquellos que nos hacen ver las situaciones presentes o las que podrían pasar como terribles:

- No somos tan buenos como ellos.
- Sería terrible que durante la exposición me pusiera nervioso.
- Sería un desastre si me sonrojo al hacer una pregunta en clase.

Lectura de mente

Cuando nos ponemos muy nerviosos creemos que podemos adivinar los pensamientos de los demás:

- Los demás creen que soy un aburrido.
- Cuando la gente me mira, creen que soy raro.
- Mis amigos piensan que soy un tonto.

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Martín & Swinson, 2014, págs. 172-177).

Personalización

Cuando asumimos toda la responsabilidad de una situación negativa, es decir, creemos que todo es nuestra culpa:

- La conversación con mis amigos terminó de manera inesperada porque yo soy un aburrido y no sé qué decir.

Todo o Nada

Cuando no nos permitimos equivocarnos. Todo tiene que ser perfecto, o si no, todo es un desastre.

- Si no saco un diez mi profesor pensará que soy un estúpido.
- Si no llego puntual, haré el ridículo y todo me saldrá mal.
- Si el deber tiene algún borrón, sería el peor estudiante de la clase.

Inferencia Arbitraria

Se trata de llegar a una conclusión de forma rápida, sin siquiera reflexionar.

- De seguro creen que soy un inútil.
- Estoy seguro que no le agrado a nadie porque soy un aburrido.

Razonamiento emocional

A partir de lo que sentimos formulamos una conclusión que no es lógica:

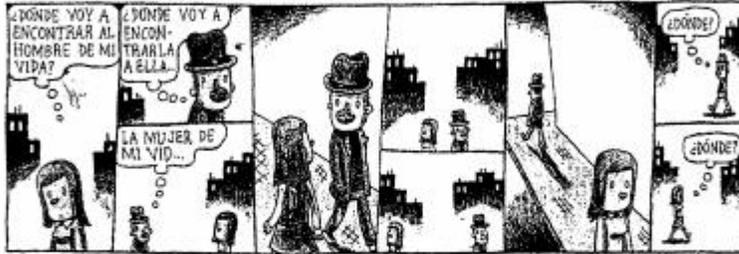
- Siento miedo, por lo tanto, todo me va a salir mal en el examen.



Anexo 6: Vencer la pasividad

Vencer la Pasividad

Muchas veces, cuando nos sentimos mal, le echamos la culpa a las situaciones externas y esperamos que la solución venga de afuera, que algo pase para que se solucionen nuestros problemas.



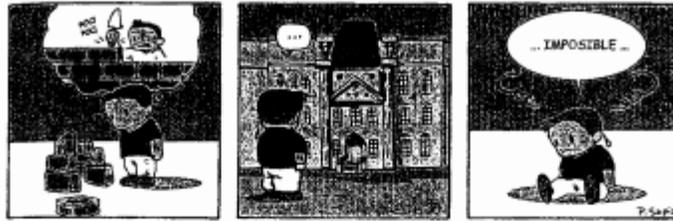
Otras veces dudamos y no tomamos decisiones por temor a equivocarnos:



O no nos animamos a asumir riesgos:



O pensamos que va a costar tanto cambiar que ni lo queremos intentar.



Para tener en cuenta:

En los momentos difíciles podemos esperar que nos ayuden o tener suerte, pero la mayor parte de las veces los cambios van a depender de nosotros.

Manfredi decidió dar el primer paso, ¿y vos?



A continuación te presentamos algunas estrategias para lograr los cambios que estás buscando:

1. Reconocer.
2. Investigar y analizar.
3. Afrontar (para cambiar nuestros pensamientos, emociones y conductas).

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, págs. 98-99).

Anexo 7: Ficha de resolución de problemas

Ficha resolución de problemas

Problema:		
Opciones	Ventajas	Desventajas
¿Cuál es la mejor? O ¿la menos mala? ¿Cómo la voy a implementar?		

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, pág. 256).

Anexo 8: Mapa del problema

Mapa del problema

Siempre gano yo

A veces gano yo

Gana el problema

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6

Sería muy bueno empezar a luchar contra el problema para poder ganarle terreno

Siempre gano yo

A veces gano

Gana el problema

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....

1.....
2.....

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, pág. 96).

Anexo 9: Técnica para tratar con los demás

Preguntas principales	Preguntas que se desprenden de las principales
¿Cómo te llamas?	
¿Cuántos años tienes?	
¿Por dónde vive?	¿Con quién vive? ¿Cerca de dónde?
¿Qué colegio va?	¿Cómo le va? ¿Fue siempre a ese colegio? ¿Cómo es?
¿Si conoce a...?	¿De dónde? ¿Son amigos?
¿Juega al fútbol, rugby, etc.?	¿En dónde juega? ¿Jugó el fin de semana? ¿Contra quién? ¿Cómo jugó?
¿Qué hace a la noche, a donde va a bailar?	¿Si le gusta? ¿En dónde es? ¿Va mucha gente?
¿Y vos?	
¿Qué cosas le gustan?	
Hablar de chicas/os	
Preguntarle cosas acerca de lo que están haciendo	

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, pág. 269).

Anexo 10: Aprendiendo a quererse

Aprendiendo a quererse

SITUACIÓN	ASPECTO POSITIVO (me gustó lo que hice, pensé, sentí)	CONSECUENCIAS (cómo me siento con respecto a mí mismo/a)

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Vera & Roldan, 2016, pág. 262).

Anexo 11: Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos

Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos

<p>Leones que pensaba que eran salvajes</p>  <p>(Lo que pensaba que iba a pasar)</p>	<p>Leones que resultaron de juguete</p>  <p>(Lo que realmente pasó)</p>

Situación:

.....
.....
.....
.....
.....

¿Qué era lo que pensabas?

.....
.....
.....
.....
.....

Escribe todos los recursos que tuviste o tienes para afrontar esa situación:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, págs. 119-121).

Anexo 12: Ficha lectura de mente

Ficha: lectura de mente (adaptado)

Situación	Pensamiento (Lectura de mente)	Pensamientos alternativos
Dando una lección oral en la escuela	Los chicos están pensando que tartamudeo mucho	
En una fiesta bailando	Piensan que soy “de madera”, que no sé bailar	
Hablando por teléfono en casa	Seguro que están todos escuchándome para ver cómo hablo.	
Mi amigo está con un chico que no conozco	Seguro que quieren jugar entre ellos	
Mi amiga me dice que estoy linda	Me lo dice para que no me sienta mal	
*		
*		

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, pág. 175).

Anexo 13: Autorregistro ABC con trampas del pensamiento

Autorregistro ABC con trampas del pensamiento

¿Qué paso?	¿Qué sentí?	¿Qué pensé?	Trampas del pensamiento	¿Qué hice?	¿Qué ocurrió después?

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Vera & Roldan, 2016, pág. 159).

Anexo 14: Técnica “hoy seré”

Técnica “Hoy seré”

V A L I E N T E	P A C I E N T E	C R E A T I V O		
HOY SERÉ				

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Thomas, 2019, pág. 169).

Anexo 15: De cinturón blanco a cinturón negro, afrontando los miedos paso a paso

De cinturón blanco a cinturón negro, afrontando los miedos paso a paso

Pasos para ser Maestro Ninja

Afrontando tus miedos paso a paso

Cinturón blanco



.....
Cinturón amarillo

.....
Cinturón naranja

.....
Cinturón marrón

.....
Cinturón negro

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, pág. 156).

Anexo 16: La prueba de fuego

El último escalón: la prueba de fuego

Cuando intentamos vencer nuestros miedos, el último escalón es fundamental. Tenemos que hacer que ese paso final que damos, sea lo más alto posible para poder asegurarnos que le ganamos al miedo.

Hay que hacer:

La prueba de fuego

Pensá algún experimento con el cual puedas asegurarte que si tus peores temores no se cumplieron, entonces te puedes quedar tranquilo.

Por ejemplo:

Pepe le tenía miedo a los trenes, tenía miedo de quedarse sin aire dentro de ellos. Al principio subía solo una estación y cuando el tren estaba vacío. Después se animó a viajar dos estaciones seguidas y luego tres, cuatro así sucesivamente hasta que se animó a hacer la prueba de fuego.

Pensó que si se animaba a viajar cuando el tren estuviera repleto de gente, en invierno, con las ventanas cerradas, durante dos horas y lo soportaba, significaría que viajar en tren era inofensivo y que podría viajar todo el tiempo que quisiera.

Finalmente lo hizo y ahora viaja tranquilo por donde quiere y cuando quiere.

Mi mayor temor es:

.....
.....
.....
.....

Lo voy a poner a prueba haciendo

.....
.....
.....
.....

El resultado fue:

.....
.....
.....
.....

Mi conclusión es:

.....
.....
.....
.....

Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.
Fuente: (Bunge, Gomar, & Mandil, 2011, págs. 162-164).

Anexo 17: Consentimiento informado

Cuenca, 27 de abril del 2020

Sr.

V.F.

Representante del adolescente D.F

Presente. -

De nuestras consideraciones:

Saludos cordiales de ALEXANDRA LEON, con CI. 1600431314; y, GABRIELA DUY con C.I. 0105485577, quienes somos estudiantes del décimo ciclo de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay.

En coordinación con el Mg. Mario Moyano, quien es nuestro tutor en la tesis de grado “Diseño de una propuesta de intervención terapéutica en adolescentes con ansiedad social, en el Centro Integral de Desarrollo Humano “DHUM” a través del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”, solicitamos a Ud. nos permita realizar el estudio de casos con la participación de su hijo a través de la plataforma ZOOM, con la finalidad de salvaguardar la salud de todos los involucrados.

Además, adjuntamos el trabajo a desarrollarse.

Seguras de contar con su autorización, nos suscribimos de Ud.

Atentamente,

Alexandra León P.

Ci. 1600431314

Gabriela Duy F.

C.I. 0105485577

Anexo 18: FIEPS caso A

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

Nº 1

Fecha: 11- junio- 2020 **Elaborada por:** Alexandra León Paredes

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: A. M. C. J.

Edad: 12 años **Estado Civil:** Soltero **Religión:** católico

Lugar y fecha de nacimiento: Estados Unidos, 16 de octubre de 2007

Residencia: Cuenca **Dirección:** Sector Colegio Borja **Telf:** 2892967

Instrucción: Secundaria **Ocupación:** Estudiante

Informante: J.J **Parentesco:** Madre

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	X
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar(s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

El adolescente accede a consulta por su deseo de trabajar sobre su introversión

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

En cuanto a la académico, A. recuerda no tener buenas notas en la escuela, de hecho llevaba a su hogar dos o tres esquelas al día por incumplimiento de deberes, esto ocasionó que su madre estuviera mucho más pendiente de él, y como consecuencia asegura que ahora es más dedicado al estudio; sin embargo, existe un hecho que le ha molestado, su profesora

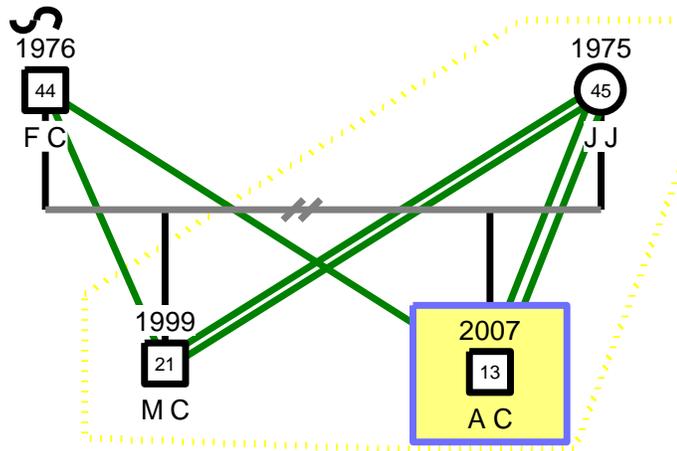
de matemática había sido llamada la atención por varios padres de familia y al conocer esto, se dirigió con los estudiantes para averiguar quiénes eran los hijos de dichos padres y descubrió que uno de ellos era la madre de A, por lo que lo ofendió en plena clase “me dijo cosas feas, dijo usted para qué se queja si igual no entiende porque es tonto” en ese momento “me sentí muy enojado pero no podía hacer nada y ya me puso el ojo” después la maestra se disculpó porque la mamá le fue a reclamar de dicha situación.

El paciente con respecto a sus relaciones interpersonales manifiesta que “con mis amigos si hablo, pero con desconocidos tengo desconfianza, vergüenza”, además, tiene un compañero que le gusta presumir cualquier cosa y eso le molesta, “no me gusta que sean creídos”. También asegura que desea dejar de ser tímido, porque cuando quiere hablar con alguien no se atreve y lo deja pasar, a esto, él comenta que “no me siento mal, pero sí quiero desenvolverme más, en las fiestas infantiles yo la pasaba lejos de todos, mi mami quería que juegue con los otros niños, pero yo no podía ni hablar con los otros niños, ahora ya me acostumbré, pero sí quisiera cambiar”.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

El paciente comenta que nace en Estados Unidos y estuvo ahí hasta sus 2 años de edad, momento en el que sus padres se divorcian y la madre decide regresar al Ecuador. Cabe mencionar, que actualmente A, se lleva bien con su padre, suelen mantenerse en contacto telefónico y su padre lo aconseja cada día sobre ser un chico educado, no dejarse llevar por las malas amistades, etc.

Por otra parte, la madre ha sido un gran apoyo para el adolescente, ya que sigue interviniendo en cualquier actividad del colegio, esto A, refiere que le hace sentir bien le gusta que haga eso su madre, puesto que a veces él olvida alguna cosa, pero su madre al estar enterada de todo, le puede ayudar a recordar. Además, manifiesta que, del mismo modo, tiene una buena relación con su madre; solo recuerda que cuando era más pequeño, ella le pegó con la correa, pero porque reconoce que se portó mal y en ese momento él recurrió a su padre en busca de ayuda porque “sabía que él no me podía castigar”, en su lugar, el padre lo aconsejó y lo ayudó a entender la situación y a disculparse con la mamá. A, nos comenta que tiene un hermano mayor de 21 años y se llevan bien.



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: el puntaje total obtenido fue de 99, lo que corresponde a Ansiedad social grave.

Inventario de Fobia Social (SPIN): obtiene 9 puntos, por lo cual no hay síntomas clínicamente significativos.

Cuestionario de Personalidad SEAPSI: predomina personalidad afectiva de tipo ciclotímico y personalidad con déficit relacional de tipo evitativo.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

En base a la información recolectada y evidenciada se puede deducir que el paciente presenta un trastorno de ansiedad social, ya que presenta síntomas ansiosos tales como: enrojecimiento, tartamudeo, sudoración y palpitaciones al momento de exponerse en público, sobre todo cuando se halla con personas desconocidas. Estos síntomas subyacen de distorsiones cognitivas como: catastróficos, lectura de mente e inferencia arbitraria, afectando así las áreas importantes del funcionamiento.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

El adolescente posee rasgos de personalidad dependiente, que se caracteriza por un comportamiento sumiso, le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo de su progenitora, dificultad para expresar el desacuerdo con los demás.

A más de ello, presenta rasgos de personalidad afectiva de tipo ciclotímico debido a oscilaciones de su estado de ánimo, períodos de lentificación psíquica, generosidad espontánea, en estado afectivo negativo se torna pasivo, negativista, retraído.

Del mismo modo, ostenta rasgos de personalidad con déficit relacional de tipo evitativo por sus pocas relaciones íntimas y confidentes, evitación de actividades sociales complejas, reservado en las reuniones sociales, dificultad para implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar, preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales, percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales y personalmente poco interesante a los demás.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

En síntesis, de la historia clínica planteada, así como de los resultados obtenidos se puede aseverar un pronóstico favorable para el paciente al cumplir una intervención terapéutica personalizada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda efectuar una terapia individual con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa, así como pensamientos o creencias irracionales. Además, es necesario incluir a la familia del adolescente dentro de la intervención terapéutica con el objetivo de formar una red de apoyo sólida que motive a desarrollar las habilidades sociales del paciente.

Anexo 19: Informes caso A

SESIÓN 1

Fecha: 9-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente

Objetivo específico: Conocer las expectativas y demandas del adolescente

Actividad

Escala de ansiedad de Liebowitz: indicar la manera correcta de llenar

Inventario de Fobia Social: indicar la manera correcta de llenar

Evolución:

La presentación de ambas partes fluyó de manera apropiada y se brindó la información necesaria para comprender el motivo por el cual el paciente fue seleccionado para la intervención terapéutica. Por su parte, el paciente refiere que el iniciar con dicho proceso, fue por petición de su madre; sin embargo, después de pensarlo un poco más, manifiesta que quiere hacerlo por él mismo, ya que su meta es “dejar de ser tímido”, porque han existido situaciones en las que desea acercarse a alguna persona a platicar, pero no puede, se avergüenza y se va. Además, comenta que, aunque no logre hablar con alguien, él no suele sentirse mal porque ya se acostumbró.

Por otra parte, argumenta que no le gusta encender la cámara en las videollamadas, pero asegura que cumplirá con cada instrucción solicitada. También se pudo evidenciar el grado de interés en aprender, puesto que se tomó un tiempo para buscar un cuaderno para anotar reglas pautadas entre paciente y terapeuta. Para este punto, es posible creer que se alcanzó un buen nivel en cuanto a la alianza terapéutica. Esta sesión tuvo una duración de 30 minutos.

Observaciones:

El adolescente manifiesta una conducta apropiada. Se le da instrucciones de cómo llenar los dos cuestionarios de ansiedad y accede a realizarlos personalmente y a enviarlos antes de la próxima sesión.

SESIÓN 2

Fecha: 11-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Socializar los test psicológicos
- Recolectar información en la FIEPs

Actividad

Test psicológicos: socializar

FIEPs: completar

Evolución:

Se calificaron los test aplicados previamente, para ulterior a ello, poder socializar los resultados y responder inquietudes que se generen entorno a los mismos.

Por otra parte, el paciente accede a platicar sobre su infancia y familiares; sin embargo, utiliza el monosílabo “bien” a manera de generalización para todas sus relaciones interpersonales. Además, se puede evidenciar cierta dependencia a la madre, ya que, algunos de sus datos de identificación como: fecha de nacimiento, teléfono y domicilio, no lo sabía y recurría a ella para obtener la respuesta.

Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones:

Al principio, titubeaba un poco; sin embargo, se fue desenvolviendo mejor en el transcurso de la sesión.

Se debe contrarrestar información con la madre.

No concluía algunas de las frases o palabras.

SESIÓN 3

Fecha: 16-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Contrarrestar información a través del informante
- Psicoeducar sobre Ansiedad Social

Actividad

Tríptico: explicar detalladamente el contenido del mismo.

Evolución:

La madre del paciente se muestra colaborativa ante el proceso. Realiza comentarios que coinciden con el discurso de su hijo y nos asevera algunos de los comportamientos de A. en diferentes entornos.

En cuanto a la psicoeducación, se pudo evidenciar el interés del adolescente en conocer más sobre el tema, ya que manifestaba con “sí o no” algunas de las frases típicas en adolescentes con TAS. Esto dio paso a sus inquietudes en cuanto al significado de ciertas terminologías. En este punto no hubo titubeos para expresarse.

Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones

Aún no se anima a encender la cámara.

Utiliza muchos monosílabos

SESIÓN 4

Fecha: 18-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.
- Socializar el Cuestionario de Personalidad SEAPSI

Actividad

Vencer la pasividad: leer el cómic con el objetivo de puntualizar cómo afecta la ansiedad social en diferentes personas.

Cuestionario de Personalidad SEAPSI: socializarlo para su correcta autoaplicación

Evolución:

Se realiza una retroalimentación de la primera psicoeducación y se refuerzan algunas terminologías. Posteriormente, se indica el cómic “Vencer la pasividad”, en el cual la interacción es más dinámica con el adolescente, ya que reflexiona sobre el tipo de pensamiento más frecuente que utiliza.

Posterior a ello, se le pide que realice diferentes ejemplos de metas pequeñas hasta llegar a una meta final con el objetivo de interiorizar los objetivos cortos y reales en los cuales implícitamente se deba salir de una zona pasiva hacia una activa.

Para finalizar, se le indicó la manera correcta de llenar el Cuestionario de Personalidad SEAPSI, para que lo pueda enviar antes de la próxima sesión.

Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones

Predisposición adecuada.

SESIÓN 5

Fecha: 23-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Exponer el diagnóstico y planificación del proceso a la progenitora del paciente.

Actividad:

Resultados de test psicológicos: socializar

Planificación terapéutica: explicar cada nivel

Evolución:

Al momento de iniciar con la reunión por zoom, la progenitora expresó no poder escuchar el diagnóstico ni proceso, ya que su madre había enfermado gravemente y se encontraba

hospitalizada, motivo por el cual, la Señora J. terminó la reunión de manera inmediata comunicando que ella desea primero ocuparse de su madre.

Dicha sesión tuvo una duración de 6 minutos

Observaciones:

Reagendar.

SESIÓN 6

Fecha: 30-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Resolver conflictos intra e interpersonales.

Actividad:

Ficha de resolución de problemas: plantear áreas que el adolescente considere un problema y evaluar las ventajas y desventajas

Role playing: consiste en un cambio de roles entre paciente y terapeuta.

Evolución:

Se realiza una retroalimentación sobre el TAS y se procede a proporcionar el material necesario para abordar la resolución de conflictos intra e interpersonales.

Se inicia con la “Ficha de resolución de problemas”, la misma que le generó cierto nivel de ansiedad, que se pudo evidenciar en su tartamudeo, debido a que no podía reconocer las diferentes opciones ante dicha situación. Negaba haber tenido problemas en su vida, por lo que se notó cierta resistencia. Sin embargo, se le presentó diferentes ejemplos para su mayor comprensión y de esa manera despertar recuerdos de la infancia.

Posteriormente, se propone la técnica de Role playing, la cual tuvo mayor dominación al representar a su madre y hermano, pero al momento de regresar a su rol, toma una actitud pasiva.

Dicha sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

No enciende la cámara.

Utiliza monosílabos al regresar a su rol.

TIS: completar los espacios faltantes de la ficha de resolución de problemas.

SESIÓN 7

Fecha: 9-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva
- Exponer el diagnóstico y planificación del proceso a la madre del paciente.

Actividad:

Egograma: responder preguntas de los diferentes cuadrantes, realizando una introspección de su ser.

Matriz de percepciones: enfocado a los gustos del paciente que puedan ser de igual conocimiento para sus familiares

TIS: Un frasco con estrellas: mensajes positivos para el paciente por parte de sus familiares

Evolución:

Se efectúa una retroalimentación verificando el cumplimiento de la TIS enviada. Además, se aprovecha el espacio para socializar sobre la salud de su abuelita junto a su estado de ánimo, el mismo que lo identifica como “triste, desanimado” ya que, no puede ver a su abuela ni a su progenitora, debido a que se encuentra mayor tiempo en el hospital realizando los cuidados pertinentes.

Ulterior a ello, se presenta el material “Egograma” junto con la consigna, y el adolescente pudo resolverla satisfactoriamente, argumentando que “si deseo ser como ellos me dicen, como ser un niño normal”. Ante lo cual, se plantea una reflexión a dicho discurso para posteriormente introducir la técnica “Matriz de percepciones”. Esta técnica se la dividió en dos momentos. El primero tenía que resolverlo ese instante y la segunda parte debí ser una TIS para su familia.

Finalmente, se incorpora la madre al ZOOM y se puede brindar la información pertinente acerca del diagnóstico y planificación del tratamiento. Se resuelven dudas por parte de ella y se practica una técnica de relajación diafragmática para disminuir niveles de ansiedad debido al estado crítico de su madre.

Dicha sesión tuvo una duración de 50 minutos.

Observación:

Se explica la técnica de “Matriz de percepciones” y “Un frasco con estrellas” a la madre, para que pueda realizar la TIS enviada junto con su otro hijo M.

SESIÓN 8

Fecha: 16-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa.

Actividad:

Respiración 4, 7, 8: aprehender la forma correcta de respirar para oxigenar el cerebro y dar una sensación de calma. Dicha técnica fue modificada a una respiración de 3, 3, 6.

Autoinstrucciones: educar sobre el poder de las afirmaciones positivas empleando cada día

Evolución:

Se formaliza la retroalimentación respectiva junto a las TIS enviadas. Además, se le pide al adolescente que exprese su punto de vista ante las respuestas de sus familiares y mencionó sentirse “asombrado porque no sabía que si iban a coincidir con las mías”.

Posteriormente, se psicoeduca acerca de la disminución en cuanto a los síntomas ansiosos para que, el reconocer dicha sintomatología lo ayude a implementar algunas técnicas de respiración que le favorezcan ese instante. De esta manera, al realizar la respiración durante 3 ciclos manifestó “respiro mejor y me siento bien”.

Finalmente, las “Autoinstrucciones” se solicitan que sean verbalizadas y escritas, para que pueda recordarlas y llevarlas a cabo, a lo cual no existió resistencia.

Dicha sesión tuvo una duración de 30 minutos.

Observaciones:

No enciende la cámara.

Se desenvuelve mejor.

SESIÓN 9

Fecha: 21-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos: completar las dos columnas en base a los pensamientos iniciales que tiene versus la realidad de los hechos.

Fichas: lectura de mente: adaptada a su sentimiento de inferioridad y la sensación de evaluación negativa de los demás hacia él.

Evolución:

Una vez terminada la retroalimentación, se indica el material de “Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos” en dicha tarea su desenvolvimiento fue notorio, claro que se tomaba su tiempo para recordar situaciones y sus emociones para poder contraatacar con la situación real, pero ya no dudaba tanto al verbalizarlo. Su auto reflexión en algunas ocasiones lo hacía reír.

Seguidamente, la técnica “Fichas: lectura de mente”, fue adoptada de manera más fluida, ya que reconocía que las emociones y sentimientos son diferentes en cada persona, por lo que comentaba: “muchas veces evitaba ciertas cosas porque me adelantaba a ellos”

Dicha sesión tuvo una duración de 35 minutos

Observaciones:

No enciende la cámara, pero se percibe un mejor estado anímico

SESIÓN 10

Fecha: 23-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Flecha descendente: se cuestiona las respuestas del adolescente hasta llegar a su máxima respuesta catastrófica.

TIS: Autoregistro ABC con trampas del pensamiento: tabla para completar diariamente, puntualizando las distorsiones cognitivas y la acción efectuada.

Evolución:

El adolescente inicia con la retroalimentación pertinente y se refuerza lo necesario.

A continuación, se propone una situación en base a su timidez y se aplica la técnica “Flecha descendente”, misma que finalizó con “mi mami y yo estaríamos bien, o sea tranquilos”,

haciendo referencia que el poder socializar con más personas, lo harían sentir más tranquilo y confiado en sí mismo, y su progenitora estaría feliz y calmada de saber que su hijo ya no tiene vergüenzas ni se enrojece fácilmente en público.

Finalmente, se indica la técnica “Autoregistro ABC con trampas del pensamiento” para que pueda realizarlo como tarea intersesión.

Dicha sesión tuvo una duración de 30 minutos

Observaciones:

Encendió la cámara al momento de dar la retroalimentación, pero posteriormente la apagó.

Se estanca al momento de pensar en otras situaciones problemáticas.

SESIÓN 11

Fecha: 28-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos: completar las dos columnas en base a los pensamientos iniciales que tiene versus la realidad de los hechos.

Técnica de relajación 3, 3, 6: estabiliza la sintomatología ansiosa

TIS: Autoregistro ABC con trampas del pensamiento: revisión de la tabla completada

Evolución:

Se realiza la retroalimentación y al momento de dar paso a la intervención, el adolescente manifiesta que se encuentra “feliz y triste” por el regreso de su abuelita al hogar, pero no comprende porqué su madre sigue preocupada e incluso la ha visto llorar. Por tal manera, se recurrió a la técnica de “Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos” a más de poner en práctica técnicas de relajación oportunas.

Posterior a ello, se pudo trabajar con la TIS enviada, en la cual detallaba lo ocurrido el fin de semana y se reflexionó acerca de cada situación. Finalmente se propuso hablar directamente con su madre y seguir reconociendo tanto sus emociones como pensamientos negativos para detenerlos, analizarlos y optar por respuestas más asertivas.

Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones:

No enciende la cámara y utiliza pocos monosílabos

Se le pide una cartulina de su color favorito, tijera y marcadores para la siguiente sesión.

Se dialoga con la madre del adolescente y manifiesta que desahuciaron a su madre, por tal razón la llevaron a casa, pero está dudando en comentarles la situación verdadera a sus hijos.

SESIÓN 12

Fecha: 30-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Técnica Hoy seré: tiras de cartulinas despegables con la intención de motivar al adolescente a cumplir con lo propuesto en el papel.

La prueba de fuego: analizar el cuento y la autoreflexión en base a su conducta, pensamientos y manera de confrontarlos.

Evolución:

Se ejecuta la retroalimentación respectiva y se procede a utilizar los materiales didácticos para la elaboración de la técnica “Hoy seré”. Mientras va realizando trazos, se le pregunta por sus metas pequeñas y qué es lo que debería hacer cada día para alcanzarlas o para mejorar su personalidad. En esta parte, el adolescente enciende la cámara para indicar su trabajo y se

evidencia ciertos rasgos perfeccionistas en la elaboración del dibujo, pero también se aprecia su interés y motivación.

Ulterior a ello, se prosigue a indicar la técnica “La prueba de fuego”, la cual comprendió el objetivo del cuento; sin embargo, al momento de autoevaluar sus miedos, vergüenza y timidez, vacilaba un poco. No estaba muy confiado de cómo afrontar eficazmente los problemas. En este punto, se efectúa un análisis de todo el proceso de intervención que ha tenido y lo que ha logrado hasta el momento. Dándole así, mayor seguridad y confianza en sus actos. Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones:

Su estado emocional varía un poco.

Vacilación en respuestas e inseguridad.

SESIÓN 13

Fecha: 4-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Evolución:

Se cumple con la retroalimentación y se solicita prender la cámara para esta ocasión. En primer lugar, se inicia con una lluvia de ideas acerca de las situaciones más temidas para el paciente. Seguidamente, se jerarquiza las situaciones y se propone trabajar de menor a mayor grado de ansiedad.

El adolescente cumple con la consigna brindada paso a paso para recrear la situación temida (responder en clases), mientras se efectúa la exposición imaginaria, se evalúa el nivel de

ansiedad de 0 (nada) a 10 (muchísima ansiedad). En esta primera situación comentó sentir un nivel de ansiedad 8.

En cuanto a la segunda situación imaginaria (hablar con una chica desconocida) le generó un nivel de ansiedad 10. Particularmente, se evidenció su tartamudeo, y poca capacidad para mantener una conversación.

Posterior a cada exposición, se recuerda y emplea las herramientas de relajación para lograr disminuir la sintomatología ansiosa. Dicha sesión tuvo una duración de 35 minutos

Observaciones:

Aprieta y frota sus manos al momento de la exposición imaginaria. También, tartamudea, no puede mantener una conversación.

Se solicita la colaboración de su madre y una tía para la siguiente sesión.

SESIÓN 14

Fecha: 6-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Exposición in vivo: exponer al adolescente a situaciones sociales que le generen síntomas ansiosos, monitoreando su tolerancia en cada situación.

Evolución:

El adolescente imparte la retroalimentación y se da paso a una nueva exposición (llamar por teléfono), con la cámara encendida.

En este caso, se solicitó con anterioridad la participación de sus familiares. Al momento de hablar con su madre por teléfono, su conversación es fluida y manifiesta tener un nivel de ansiedad 0. Sin embargo, cuando realizó la llamada a su tía, su ansiedad incrementó a 8.

Comenta que, el ser una persona adulta, no sabe qué tipo de conversaciones tener, por lo que esperaba solo responder con monosílabos. Además, afirma sentir sudoración en las palmas.

Se interrumpe el proceso de exposición, para aplicar las técnicas de relajación y regresar al adolescente a un estado de calma.

Posterior a ello, se pide intentar recrear la escena de hablar con una desconocida y recordar lo practicado con el Role Playing y los propios recursos de afrontamiento descritos por él. Ante dicha exposición imaginaria, respondió sentir un nivel de ansiedad 6.

Dicha sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

Da el primer paso para encender la cámara.

Se solicita ayuda a la progenitora, para en la próxima sesión podernos comunicar con el padre del adolescente.

Uso de pocos monosílabos.

Sudoración en palmas.

No puede mantener una conversación.

SESIÓN 15

Fecha: 11-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Exposición in vivo: exponer al adolescente a situaciones sociales que le generen síntomas ansiosos, monitoreando su tolerancia en cada situación.

Evolución:

El paciente inicia la retroalimentación con la cámara encendida y se da paso a la videollamada con el progenitor.

En esta situación se puede identificar cierto grado de ansiedad; sin embargo, puede mantener la conversación de una manera eficaz. Al terminar la exposición, el adolescente manifestó que sintió un 8 de ansiedad en un inicio, pero fue disminuyendo al recordar las técnicas aprendidas, a más de tener presente que su padre no lo juzga, por esos recursos utilizados comenta que tuvo un nivel de ansiedad final 4.

Una vez más, se efectúa el acompañamiento en las técnicas de relajación al terminar dicha exposición.

Ulterior a ello, el adolescente solicita volver a tener la exposición imaginaria acerca de hablar con la chica desconocida. Al cumplir con el pedido, su nivel de ansiedad fue 5.

Se concluye la sesión con la práctica de técnicas de relajación correspondientes.

Dicha sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

No presenta sudoración en las palmas

Disminución de tartamudeo y vacilación.

Se pide ayuda a la progenitora para contactar algún familiar de la misma edad del adolescente de preferencia.

SESIÓN 16

Fecha: 13-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Exposición in vivo: exponer al adolescente a situaciones sociales que le generen síntomas ansiosos, monitoreando su tolerancia en cada situación

Evolución:

El adolescente efectúa la retroalimentación correspondiente y se refuerza una vez más las técnicas aprendidas.

Seguidamente, se comunica con un primo lejano, quién se muestra amistoso. Durante la exposición, A. es capaz de mantener una conversación con una persona no tan allegada a él, su sintomatología ansiosa no es muy notoria, mientras que su nivel de ansiedad fue 4.

Posterior a ello, se trabaja en las técnicas de relajación y se invita a realizar una auto exploración y reflexión sobre las exposiciones realizadas. Motivo por el cual, el adolescente solicitó, con mayor confianza, recrear la escena de exposición con la chica desconocida. En esta oportunidad, se evidenció un mejor desenvolvimiento para entablar una conversación. Finalmente, su nivel de ansiedad fue 4.

Dicha sesión tuvo una duración de 50 minutos.

Observaciones:

Enciende la cámara

No presenta sudoración en las palmas

SESIÓN 17

Fecha: 17-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas.

Actividad:

T. el Árbol: dibujar un árbol e incluir sus experiencias positivas, lo que desea obtener y sus fortalezas

Evolución:

La ejecución de la técnica fue eficaz porque pudo evaluar los resultados obtenidos a lo largo del proceso terapéutico, ya que menciona tener “un antes y después de la ayuda”.

En este proceso de reflexión su intervención se enfocó en la importancia de “no dar paso a los pensamientos negativos”

Dicha sesión tuvo una duración de 30 minutos.

Observaciones:

Se le pide que encienda la cámara y no hay resistencia.

SESIÓN 18

Fecha: 18-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Potenciar los rasgos de personalidad.

Actividad:

T. del semáforo: socializar los colores del semáforo y educar acerca de cómo actuar de manera correcta y empática ante diversas problemáticas.

T. de punteado: con un lápiz, presionar fuerte sobre las líneas de un dibujo.

Evolución:

La técnica del semáforo fue de agrado para el paciente, ya que la interiorización del proceso terapéutico se vio reflejada en las opciones y respuestas acertadas para cada color en diversas situaciones socializadas.

Finalmente, la técnica de punteado le resultó relajante, ya que pudo expresarse de una manera no agresiva, denominándola “su favorita”. Esto es un indicador de la comprensión sobre las consecuencias negativas de reprimir emociones y sentimientos.

Se realiza un cierre con el adolescente empleando una técnica de relajación y comunicando un posible monitoreo en 1 mes.

Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones:

Enciende la cámara

Se realiza el cierre con la madre de igual manera y se le informa acerca de los resultados visualizados.

Anexo 20: FIEPS caso K

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

Nº 2

Fecha: 13-06-2020 **Elaborada por:** Alexandra León Paredes

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: A. K. M. P.

Edad: 12 años **Estado Civil:** soltera **Religión:** católica

Lugar y fecha de nacimiento: Puyo, 17 de diciembre de 2007

Residencia: Puyo **Dirección:** Barrio “El Obrero” **Telf:** 0987083400

Instrucción: Secundaria **Ocupación:** Estudiante

Informante: J.P **Parentesco:** Madre

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	xx
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar(s)	
Profesional		Otros	xx

EXPLÍCITA

La paciente indica que la información acerca del proceso terapéutico se la dio su progenitora, por lo cual ella accedió instantáneamente a dicho proceso porque le da curiosidad saber por qué es tímida y espera que, con la ayuda adecuada, ella sea capaz de socializar y desenvolverse más.

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

K. comenta que su infancia fue bonita, pero siente haber tenido un “trauma” en su escuelita de inicial, ya que su profesora les dio hilos y fideos para que realicen un collar, entonces ella quiso hacerle el mismo diseño a su hermana, pero más grande y cuando estaba a punto de terminar su profesora le gritó en plena clase diciendo “que no le haga cosas a mi hermana, que eso era para mí y me tiró todos mis fideos y desde ese día ya no quería ir a la escuelita”. Cabe mencionar que, ella hacía ese regalo porque no se llevaba bien con su hermana y quería que estén de buenas, pero se arruinó.

También recuerda que cuando tenía 4 años, en una reunión de padres de familia, ella asistió y algunos de sus compañeros igual, por lo que decidieron jugar al “gato negro” y cuando corría por un pasillo en el que todos debían pasar corriendo, a K. se le vino a la mente “qué pasaría si meto el pie cuando están corriendo” y lo hizo, pero afortunadamente nadie se cayó. Entonces al seguir corriendo una niña, Y. la empujó a K, y le hizo que se raspe la rodilla y se golpee la cabeza contra los ladrillos. Ante esta situación los otros niños avisan a todos los padres y, fingía no haber hecho nada y “como la mayoría de los padres no se llevan con

mi mamá, pero sí con la mamá de la otra niña, empezaron a ponerle más atención a ella, le decía pobrecita y todo, y a mí nunca me dijeron nada y eso que estaba sangrando”. Al día siguiente le dijeron a K. que se disculpe por querer culpar a su compañera y que era solo un juego de niños; en ese momento la paciente se sintió mal “como si yo no importara”.

Un año lectivo más tarde, su amigo D y ella deben terminar con amistad porque las madres de cada uno tenían una enemistad muy fuerte. En ese mismo año se incorpora una nueva psicóloga a la institución y al enterarse del caso de Y con K. decide llamar a K. al consultorio y le empieza interrogar una y otra vez sobre lo sucedido y la paciente ya estaba muy asustada porque “era como si quisiera incriminarme de que yo era la mala, y le decía que tenía que irme a clase y me decía “a mí no me importa eso” y yo ya me puse a llorar”. Esto ocurre porque ante las respuestas emitidas por K. la psicóloga le decía “no es verdad, no seas mentirosa” y “ella no me dejaba en paz hasta decirle lo que quería escuchar y tuve que decir que yo tuve la culpa para que me dejara ir”. Ante esta situación, la paciente le comenta a su madre y todo ese asunto llegó hasta la Junta Cantonal, en el cuál decidieron despedir a la psicóloga y, además, separan a Y, del grado de K.

Con el cambio de grado pudo sentirse más libre porque se enteraba que Y, solo pasaba en la inspección y todos, hasta los padres de familia, ya reconocían que la niña problemática era Y, y no K.

Al continuar con sus estudios más tranquila, se dio cuenta que no tiene amigos verdaderos, ya que la mayoría solo la buscan por pedirle tareas individuales o en grupos; sin embargo, cree que tiene una sola amiga en el grado.

Con el pasar de los años, la excelencia académica aumentó, pero su confianza iba disminuyendo por las falsas amistades y la presión de la madre para participar en cualquier actividad escolar; llegando al punto de llorar por no volver a participar, porque piensa “todos ya me ven feo porque siempre soy yo la que habla o representa al curso, entonces ellos me hacen caras, burlas o bostezan a cada rato hasta que yo acabe”. Este pensamiento se ha intensificado incluso en sus clases on-line, ya que maestros piden la intervención de ella únicamente.

Por otra parte, la paciente relata no sentirse segura cuando se encuentra en reuniones familiares, ya que piensa “me comparan con cualquier prima”, “me preguntan si voy a recibir diploma de nuevo”, “siento que me juzgan hasta porque estoy callada”; todos estos

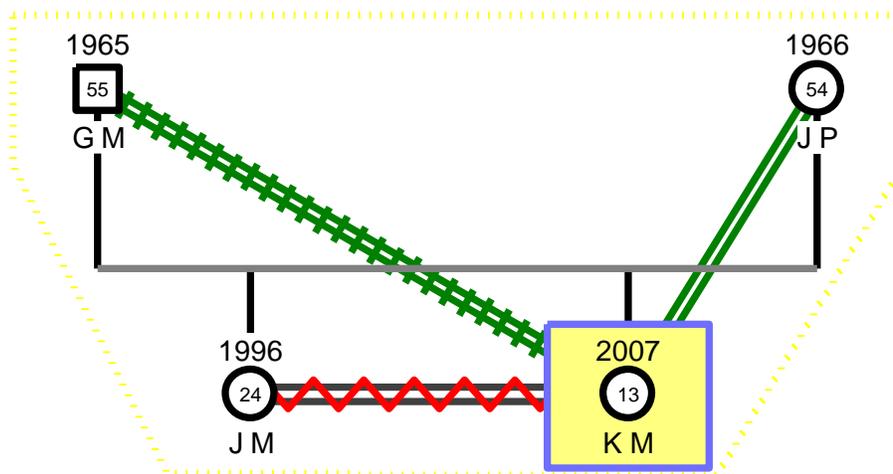
pensamientos suelen generarle síntomas como: enrojecimiento, sudoración y tono de voz bajo. Por tal razón, evita socializar con familiares y asevera tener más temor de reunirse con ellos, que recitar frente a un público desconocido.

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

Desde pequeña se ha sentido muy protegida por su familia. Comenta que la relación con su padre es muy buena porque él no le exige en lo académico y eso la hace sentir segura de sí misma, “porque sé que si es que hago un trabajo normal, como se debe hacer, él me felicita; pero mi mamá me pone muchos “peros” y me manda a repetir”. A veces desea pasar más tiempo con su padre, pero no se puede debido a que él pasa ocupado en el trabajo o ella está con tareas; sin embargo, reconoce que es él quien más la consiente.

Con su hermana, de 24 años, por el motivo de la pandemia se llevan mucho mejor porque antes no solían hablar demasiado y si es que lo hacían: peleaban. Los únicos días que pasaban bien eran los días festivos o quizá algún fin de semana trataban de llevarse bien, pero “siempre pasaba algo y ya peleábamos”. Las peleas muchas de las veces han sido por los quehaceres del hogar. Ahora, la paciente entiende que si no pueden pasar juntas es debido a la carrera universitaria de la hermana.

Con respecto a la madre, la adolescente manifiesta llevarse bien si es que no existen asuntos académicos por medio, puesto que su madre es quién más le exige en eso. Además, refiere confiar un nivel de 8 de 10, sobre su madre, ya que muchas de las veces K. quiere conversar sobre ciertos temas propios de la edad con su progenitora y ésta minimiza dicha situación y pregunta “¿ya acabaste los deberes?, ¿ya vez, yo que te dije?” por lo tanto “lo que me nacía contarle, ya no lo hago”.



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: obtiene un puntaje total de 118, que corresponde a Ansiedad social grave.

Inventario de Fobia Social (SPIN): el total es de 57 puntos, lo que indica una gravedad en ansiedad social

Cuestionario de Personalidad SEAPsI: predomina personalidad cognitiva de tipo anancástico

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

De acuerdo a la información recolectada y evidenciada se puede inducir un trastorno de ansiedad social, ya que exterioriza síntomas ansiosos como: sudoración y enrojecimiento, esto debido a su miedo de actuar ante los demás y que la humillen o avergüencen, ya sean desconocidos o pertenezcan al grupo familiar; motivo por el cual evita las situaciones sociales frecuentemente.

Cabe mencionar que, su miedo intenso reside principalmente de supuestas valoraciones negativas provenientes de personas conocidas; es decir posee distorsiones cognitivas tales como: lectura de mente, todo o nada, inferencia arbitraria y razonamiento emocional, dando como resultado un malestar en diferentes áreas importantes del funcionamiento.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

La adolescente posee rasgos de personalidad cognitiva de tipo anancástica, que se caracteriza en la preocupación por los detalles, apego a los estudios para obtener la aprobación de la progenitora, represión afectiva, falta de generosidad, incapacidad para desprenderse de objetos y tendencia a la indecisión.

A más de ello, ostenta rasgos de personalidad evitativa como pocas relaciones íntimas y confidentes, establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro, reservada en las reuniones sociales, dificultad para implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar, preocupación por la posibilidad de ser criticada o rechazada en las situaciones sociales, inhibición en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad, percepción de sí mismo como carente de habilidades sociales y personalmente poco interesante a los demás, lo que genera además un tono de voz bajo.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

En síntesis, de la historia clínica planteada, así como de los resultados obtenidos se puede aseverar un pronóstico favorable para la paciente al cumplir una intervención terapéutica personalizada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda efectuar una terapia individual con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa, así como pensamientos o creencias irracionales. Además, es necesario incluir a la familia de la adolescente dentro de la intervención terapéutica con el objetivo de formar una red de apoyo sólida que motive a desarrollar las habilidades sociales de la paciente.

Anexo 21: Informes caso K

SESIÓN 1

Fecha 10-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente

Objetivo específico: Conocer las expectativas y demandas de la adolescente.

Actividad

Escala de ansiedad de Liebowitz: indicar la manera correcta de llenar

Inventario de Fobia Social: indicar la manera correcta de llenar

Evolución:

La sesión se llevó a cabo sin inconvenientes a través de la plataforma ZOOM, en la cual la presentación de ambas partes fue dinámica paulatinamente.

La paciente manifiesta que decide iniciar el proceso terapéutico por curiosidad, mas no por su madre, ya que a ella no le llama la atención la psicología; pero a la adolescente le interesa saber “porqué es de tal manera”. Inmediatamente pide ayuda para poder “socializar y desenvolverse más”, motivo por el cual se le explica más sobre dicho proceso, reglas a considerar, voluntad y motivación hacia un verdadero cambio.

Por otra parte, refiere que ya ha tenido 2 procesos psicológicos anteriores. La primera fue una mala experiencia con una psicóloga de su institución y la segunda fue en un centro de salud, por su propia decisión, pero desertó después de 3 sesiones porque no se sentía cómoda.

Al continuar con la sesión, la adolescente realizó más preguntas en torno al tema, por lo que se pudo evidenciar su grado de interés por participar, a más de mostrarse empática.

Finalmente, la alianza terapéutica quedó establecida de la mejor manera. Dicha sesión duró 35 minutos.

Observaciones:

Se explica y se manda la tarea de autoaplicarse los cuestionarios de ansiedad social para la siguiente sesión.

SESIÓN 2

Fecha: 12-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Socializar los test psicológicos
- Recolectar información en la FIEPs

Actividad

Test psicológicos: socializar

FIEPs: Se indaga sus antecedentes personales, familiares y escolares.

Evolución:

Se informa a la adolescente sobre los resultados obtenidos en los test realizados.

Se puede evidenciar un quiebre de voz al relatar su historia en la escuela, ya que siente no tener amigos verdaderos y la buscan por las tareas. Además, la mala experiencia con una psicóloga, ha hecho que ella no crea en los procesos terapéuticos.

Por otra parte, enfatiza su miedo a hablar con conocidos fuera del grupo familiar; pero no teme hablar en público a los desconocidos. Su mayor síntoma ansioso es: enrojecimiento y sudoración.

Dicha sesión tuvo una duración de 40 minutos.

Observaciones:

Emocionalmente sensible.

Recuerda mayormente cosas tristes de la infancia.

SESIÓN 3

Fecha: 17-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Contrarrestar información a través del informante
- Psicoeducar sobre Ansiedad Social

Actividad

Tríptico: explicar detalladamente el contenido del mismo.

Evolución:

En un primer momento se dialoga con la progenitora, quien nos brinda mayor información sobre su hija. Manifiesta que cuando debe saludar o preguntar, K. suele hacerlo en voz baja,

con bastante timidez. En ese sentido, han existido peleas entre ellas debido a que la madre se desespera ante dicha situación y llega a exaltarse. Además, relata que su hija habla mucho con la letra “z”.

En un segundo momento, se inicia con la psicoeducación a través del tríptico. En este, se puede evidenciar el grado de interés de la adolescente, ya que interactúa activamente.

Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

Madre sobreprotectora.

Tono de voz bajo.

SESIÓN 4

Fecha: 19-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico:

- Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.
- Socializar el Cuestionario de Personalidad SEAPsI

Actividad

Vencer la pasividad: leer el cómic con el objetivo de puntualizar cómo afecta la ansiedad social en diferentes personas.

Cuestionario de Personalidad SEAPsI: socializarlo para su correcta autoaplicación.

Evolución:

Se inicia con una retroalimentación correspondiente a la sesión anterior. Posterior a ello, se presenta el comic “Vencer la pasividad”, mismo que se repitió dos veces, ya que no lograba decidir con qué pensamiento negativo se identifica.

Tiempo después, comenta ser de las personas que, por temor a hablar, pierde amistades y además su indecisión e inseguridad no le ayudan en su casa.

Esta sesión tuvo una duración de 40 minutos.

Observaciones:

TIS: Cuestionario de Personalidad.

Inseguridad.

SESIÓN 5

Fecha: 24-06-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Exponer el diagnóstico y planificación del proceso a la progenitora de la paciente.

Actividad:

Resultados de test psicológicos: socializar

Planificación terapéutica: explicar cada nivel

Técnica Respiración 4 tiempos: inhalar en 4 segundos, retener 4 segundos más y exhalar en 4 segundos.

Evolución:

El compromiso de la madre es evidente. Tuvo dudas acerca del diagnóstico y el proceso terapéutico, los cuales fueron resueltos cada uno de ellos.

Además, se volvió a retroalimentar acerca del TAS, enlazado con las dificultades de su hija.

Por otra parte, se indicó una técnica de relajación oportuna, para aquellos momentos en que sienta tensión-estrés. También, se especificó necesitar su apoyo durante el proceso las veces que sean necesarias, a lo cual aceptó inmediatamente.

Esta sesión tuvo una duración de 40 minutos.

Observaciones:

Buena predisposición.

SESIÓN 6

Fecha: 1-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Resolver conflictos intra e interpersonales.

Actividad:

Ficha de resolución de problemas: plantear áreas que el adolescente considere un problema y evaluar las ventajas y desventajas.

Role playing: consiste en un cambio de roles entre paciente y terapeuta.

Evolución:

Se efectúa la retroalimentación y se presenta el material de “Fichas de resolución de problemas”, en el cual, la adolescente mencionaba algunas dificultades interpersonales; sin embargo, dudaba en las opciones, ventajas y desventajas; creía que ninguna situación podía tener acciones positivas.

Posteriormente, se indica la técnica de Role playing y desea representar a su hermana, en este caso saca a relucir egocentrismo, agresión, envidia; mientras que en su rol predomina la sumisión y represión, ya sea ante su hermana o una persona desconocida.

Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

Quiebre de voz al enumerar situaciones problemáticas.

SESIÓN 7

Fecha: 3-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el desarrollo personal en la autoestima y comunicación asertiva.

Actividad:

Técnica para tratar con los demás: conocer e inventar diferentes preguntas para saber mantener una conversación.

Egograma: responder preguntas de los diferentes cuadrantes, realizando una introspección de su ser.

Matriz de percepciones: enfocado a los gustos del paciente que puedan ser de igual conocimiento para sus familiares

TIS: Un frasco con estrellas: mensajes positivos para el paciente por parte de sus familiares

Evolución:

Se realiza la retroalimentación correspondiente. Seguido a ello, se expone la “técnica para tratar con los demás”, misma que completó eficazmente, pero añade que su problema es recordarlas para decir en voz alta.

En cuanto al “Egograma”, se resaltó mayores defectos de la persona, por lo que se tuvo que trabajar de una manera más directiva, recordándole los logros académicos.

Por otra parte, en la “Matriz de percepciones”, se pudo reflejar algunos aspectos positivos de K. y se le indicó que la segunda parte debía realizarlo su familia y revisar en la próxima sesión, así como el “frasco con estrellas”. Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos

Observaciones:

Se comunica a la progenitora sobre las TIS enviadas. Además, presenta estado de ánimo bajo.

SESIÓN 8

Fecha: 8-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa.

Actividad:

Respiración 4, 7, 8: aprehender la forma correcta de respirar para oxigenar el cerebro y dar una sensación de calma.

Autoinstrucciones: educar sobre el poder de las afirmaciones positivas empleando cada día llevando un registro diario y repetirlas las veces que ella crea necesarias.

Evolución:

Se plantea la retroalimentación junto con la adolescente. Seguidamente se revisa las TIS enviadas, mientras K, hace una reflexión positiva sobre lo escrito por parte de sus familiares.

Se prosigue a enseñar técnicas de relajación, específicamente la “respiración 4, 7, 8”, misma que realizó 5 ciclos, ya que estaba alterada emocionalmente por una discusión familiar reciente. Posterior a ello, manifestó sentirse más relajada y tuvo un cambio en el tono de voz, un poco más alta de lo habitual.

Esta sesión tuvo una duración de 40 minutos.

Observaciones:

Aumento en el tono de la voz.

Quiebre de voz al relatar los problemas familiares.

SESIÓN 9

Fecha: 10-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos: completar las dos columnas en base a los pensamientos iniciales que tiene versus la realidad de los hechos.

TIS: Autoregistro ABC con trampas del pensamiento: tabla para completar diariamente, puntualizando las distorsiones cognitivas y la acción efectuada.

Evolución:

Se formaliza la retroalimentación y se presenta el material “Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos”, en el cual su fluidez verbal mejoró significativamente, ya que reflejaba un nivel de confianza superior a la inicial.

Las distorsiones cognitivas fueron cuestionadas con ciertas vacilaciones.

Finalmente, se le indica el “Autoregistro ABC con trampas del pensamiento” para que pueda completarlo cada día. A lo que accedió sin resistencias.

Esta sesión tuvo una duración de 35 minutos.

Observaciones:

Tono de voz medio.

SESIÓN 10

Fecha: 15-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes

Actividad:

Autoregistro ABC con trampas del pensamiento: tabla para completar diariamente, puntualizando las distorsiones cognitivas y la acción efectuada.

Flecha descendente: se cuestiona las respuestas del adolescente hasta llegar a su máxima respuesta catastrófica.

Evolución:

Se inicia la retroalimentación por parte de la adolescente. Seguido a ello, se analiza la TIS acerca de las trampas del pensamiento, misma que evidencia represión de sentimientos a la hora de defenderse, motivo por el cual se ha sentido deprimida en los últimos días.

A pesar de ello, se trabajó de manera directiva, para que pueda reflexionar acerca de las opciones más asertivas que puede emplear para evitar reprimir.

Ulterior a ello, se introduce la técnica “flecha descendente”. En esta ocasión la paciente se desenvuelve aún más cuando se trata de catastrofizar las situaciones; sin embargo, considera que “a la final, la última consecuencia ya no es tan mala”.

Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

Estado de ánimo bajo.

TIS: Autoregistro ABC con trampas del pensamiento.

SESIÓN 11

Fecha: 17-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Restructurar los pensamientos irracionales recurrentes

Actividad:

Autorregistro ABC con trampas del pensamiento: tabla para completar diariamente, puntualizando las distorsiones cognitivas y la acción efectuada.

Flecha descendente: se cuestiona las respuestas del adolescente hasta llegar a su máxima respuesta catastrófica.

Evolución:

Establecida la retroalimentación, el análisis del autorregistro mostró ciertos avances en la casilla “qué hice”, ya que implementaba herramientas trabajadas como respiración y autoinstrucciones. Cabe mencionar que, esta vez la tabla fue completada con la ayuda de su progenitora debido a que deseaba involucrarse más en el sentir de su hija, según menciona.

Posteriormente, se trabaja en la “flecha descendente” con otras situaciones relacionadas a la parte académica netamente, ya que asegura tener mayor dificultad en el área. Además, manifiesta que al recibir las clases por zoom fue igual estresante, porque los profesores querían que ella respondiera las preguntas, por su excelencia académica; sin embargo,

suponía que sus compañeros tenían pensamientos negativos sobre ella, generándole así mayor malestar incluso vía on-line.

Ulterior a ello, se recuerda la técnica “Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos” con el objetivo de disminuir distorsiones cognitivas mientras se reflexiona sobre la realidad de los hechos.

Esta sesión tuvo una duración de 50 minutos

Observaciones:

Mejor estado de ánimo y se solicita cartulina, marcadores y tijera para la siguiente sesión.

SESIÓN 12

Fecha: 22-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Técnica Hoy seré: tiras de cartulinas despegables con la intención de motivar a la adolescente a cumplir con lo propuesto en el papel

La prueba de fuego: analizar el cuento y la autorreflexión en base a su conducta, pensamientos y manera de confrontarlos.

Evolución:

Se realiza la retroalimentación respectiva. Seguidamente, se da la consigna para trabajar en la técnica “hoy seré”, la cual sacó a relucir sus rasgos anancásticos. Motivo por el cual, se le pedía hacer pausas, expresar verbalmente su creatividad y cómo llevarlo a cabo teniendo presente el ejercicio de respiración. Posterior a ello, su nivel de tensión disminuyó y logró completar la tarea.

Finalmente, se presenta la técnica “prueba de fuego” y la paciente evalúa sus miedos y vergüenzas con mayor determinación encaminadas a un cambio.

Esta sesión tuvo una duración de 40 minutos.

Observaciones:

Se le debe recordar aplicar la técnica de relajación para disminuir sintomatología ansiosa.

Se analiza una vez más la tarea de autorregistros para orientar sobre las opciones positivas a considerar.

SESIÓN 13

Fecha: 24-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Evolución:

Completada la retroalimentación, se construye una lluvia de ideas en base a las situaciones que le generen ansiedad, para posterior a ello jerarquizarlas de menor a mayor sintomatología ansiosa, a través de una escala de 0 (nada de ansiedad) a 10 (mucho ansiedad).

En el caso de la paciente, recreó una escena en la cual tenía que saludar a sus familiares al llegar a una fiesta; realizar este proceso con cada detalle le generó un nivel de ansiedad 7.

En otra situación, recordó recitar un poema frente a sus compañeros de clase, lo que ocasionó sudoración en la frente y espalda, obteniendo un nivel de ansiedad 8. Argumentando “es más difícil porque los conozco y me miran como aburridos”. Por tal razón, se le recordó la técnica de relajación para posteriormente analizar la situación y las distorsiones cognitivas.

Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

Tono de voz alto.

Se solicita ayuda de su madre para crear una reunión zoom con 3 familiares para la próxima sesión.

SESIÓN 14

Fecha: 29-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Exposición in vivo: exponer al adolescente a situaciones sociales que le generen síntomas ansiosos, monitoreando su tolerancia en cada situación

Evolución:

Una vez abordada la retroalimentación correspondiente, se le recuerda los recursos que posee para afrontar los síntomas ansiosos en caso de presentarse, lo cual asintió favorablemente.

Inicialmente se expone a la paciente a una situación académica imaginaria, en la cual participó representando a su escuela y mencionó que su nivel de ansiedad era 4, ya que “los otros concursantes no me conocían, no estaban mis padres ni nadie que yo conociera y por eso me sentí un poco más tranquila”.

Seguidamente, se dio paso a la videollamada con otros familiares, misma que generó tono de voz bajo y vacilación, por lo que su nivel de ansiedad fue 9 y se tuvo que finalizar la videollamada. A partir de ello, se implementó las herramientas aprendidas y su estado de ánimo mejoró considerablemente.

Esta sesión tuvo una duración de 40 minutos

Observaciones:

Tono de voz bajo.

SESIÓN 15

Fecha: 31-07-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Exposición imaginaria: recrear escenas que generen diversos síntomas ansiosos valorando su nivel de tolerancia a dichas escenas.

Exposición in vivo: exponer al adolescente a situaciones sociales que le generen síntomas ansiosos, monitoreando su tolerancia en cada situación.

Evolución:

Se cumple con la retroalimentación. Posteriormente, se inicia con ejercicios de respiración, preparándola así para las exposiciones siguientes.

La primera recreación fue en base a una presentación ante sus compañeros, en esta situación se aborda de una manera más directiva, puntualizando sus recursos para afrontar las miradas y silenciar sus pensamientos negativos, por lo que tuvo como resultado un nivel de ansiedad 5.

Ulterior a ello, se propone intentar tener una videollamada con una persona desconocida, lo cual demostró tener mejor fluidez verbal y un tono de voz adecuado; como resultado tuvo un nivel de ansiedad 3.

Esta sesión tuvo una duración de 45 minutos.

Observaciones:

Mejor desenvolvimiento con una persona desconocida.

Se solicita apoyo de la madre con otra reunión familiar vía zoom.

SESIÓN 16

Fecha: 5-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico

Actividad:

Exposición in vivo: exponer al adolescente a situaciones sociales que le generen síntomas ansiosos, monitoreando su tolerancia en cada situación

Evolución:

Se realiza la retroalimentación oportuna y se inicia con la videollamada familiar.

Durante dicho proceso, la paciente realiza ejercicios cortos de respiración, utiliza las herramientas impartidas para mantener una conversación; además, en un momento tiene un quiebre de voz; sin embargo, lo supera y mantiene un tono de voz adecuado; se visualiza mayor desenvolvimiento.

Al finalizar la videollamada, comenta sentirse más aliviada de haber completado la exposición. También, menciona haber sentido un poco de sudoración al principio de la llamada, puntuando un nivel 7 de ansiedad, pero tras recordar algunos ejercicios, terminó con un nivel de ansiedad 5, proporcionándole confianza y seguridad en sí misma.

Para concluir con la sesión de 45 minutos, se realiza ejercicios de relajación.

Observaciones

SESIÓN 17

Fecha: 12-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas

Actividad:

T. el Árbol: dibujar un árbol e incluir sus experiencias positivas, lo que desea obtener y sus fortalezas

Evolución:

Se realiza una retroalimentación en base a lo impartido en el proceso terapéutico, analizando los autoregistros y lo alcanzado en las exposiciones, con el objetivo de ejecutar de manera adecuada la técnica de “El árbol”.

Esta técnica ayudó a reforzar los logros obtenidos y hacer una introspección personal de la adolescente en la cual estableció metas cortas para aumentar su autoestima y sobretodo tener mayor confianza en sus familiares.

La implementación de dicha estrategia reveló mayor desenvolvimiento, con un tono de voz adecuado.

Esta sesión tuvo una duración de 30 minutos.

Observaciones:

SESIÓN 18

Fecha: 14-08-2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Potenciar los rasgos de personalidad

Actividad:

T. del semáforo: socializar los colores del semáforo y educar acerca de cómo actuar de manera correcta y empática ante diversas problemáticas.

T. de punteado: con un lápiz, presionar fuerte sobre las líneas de un dibujo.

Cierre: se enfatiza los recursos internos y externos que posee para superar diversos obstáculos. Además, se menciona un posible monitoreo en 1 mes.

Evolución:

Se proporciona la consigna de la “técnica del semáforo” a la adolescente, y al momento de completarla se evidencia su grado de interés y determinismo ya que no vacila ante las respuestas de cada uno de los colores, pues manifiesta que “por lo general es mejor parar y respirar para pensar mejor porque no hay prisa”.

En cuanto a la “técnica del punteado”, K. afirma tener un nuevo recurso para liberar la ira o los sentimientos de injusticia que suelen presentarse; aunque ella comenta relajarse aún más cuando pinta.

Esta sesión tuvo una duración de 40 minutos.

Observaciones:

Mejor estado de ánimo y tono de voz adecuado.

Eliminación de un 75% en el síntoma de sudoración y enrojecimiento.

Se realiza un cierre con la progenitora de igual manera, comunicando los progresos de su hija.

Anexo 22: FIEPS caso D

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

Nº 3

Fecha: 18/06/2020

Elaborada por: Gabriela Duy

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: D. F.

Edad: 12 años

Estado Civil: soltero

Religión: católico **Lugar y fecha de nacimiento:** Cuenca- Ecuador. 3/Septiembre/2007

Residencia: Cuenca

Dirección: Manuel Pangol y Calle vieja

Tel: 0988499315

Instrucción: básico

Ocupación: estudiante

Informante: V.F y F.M.

Parentesco: padres

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	X
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN

Paciente		Familiar(s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Madre y Padre:

Se muestran preocupados por la estabilidad emocional y psicológica de su hijo.

Paciente:

Manifiesta que “me gustaría ser más extrovertido y ya no tener miedo a que no me acepten”.

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

El padre del paciente menciona que su círculo social es limitado “suele llevarse más con niñas que con niños, creo que es porque ellas son más calmadas y le dan más confianza, pero nunca va a la casa de sus compañeros y no invita a nadie a venir” de igual forma la madre manifiesta que “todos los de su curso tienen un grupo de whatsapp pero él no está ahí, no le gusta participar en grupos”. Por otro lado, la madre comenta, “cuando tiene clases virtuales, no nos deja entrar al cuarto porque piensa que la profesora o los compañeros se van a burlar de él, se enoja mucho”. Además, el paciente refiere que en varias ocasiones le cuesta participar en clase o en grupos de trabajo “me da miedo alzar la mano y decir algo tonto, pero a veces sí alzo la mano, pero no mucho, me da miedo de decir algo y se rían”. También, la progenitora expresó su desconcierto y preocupación en relación a ciertas conductas que suele manifestar D. “cuando estamos jugando y él va a perder se va dejando todo ahí y pone una excusa para levantarse e irse y luego nos damos cuenta que es porque no quiere sentirse ridículo o que le veamos con vergüenza”, con respecto a esto el paciente enunció lo siguiente “o sea está bien perder, pero no me gusta porque después los demás se van a burlar de mí y me van a ver nervioso, así sudando”. La madre supo comentar que se muestra ansioso y estresado cuando no se cumplen los horarios “el otra vez en el colegio le tenía que llevar un disfraz porque había un programa y llegué unos 5 minutos tarde y le encontré solito en el patio dando vueltas con los ojos llorosos y cuando me vio vino corriendo y se fue a cambiar, pero aún no empezaba el programa”, ante lo cual el paciente mencionó que “no puedo atrasarme, no me gusta, tienes que cumplir los horarios o si no están todos reunidos y luego

van a pensar mal de mí y me voy a sentir avergonzado”. En relación a lo anterior, los padres comentan que su nivel de afrontamiento ante situaciones frustrantes es bajo “él no puede llegar cinco minutos tarde, se enoja, está bien que sea responsable, pero a veces es demasiado o no sé qué es”. También el padre hizo referencia a ciertas actitudes que adopta con respecto a su rendimiento académico “cuando saca malas notas se pone muy ansioso y me dice que no le cuente a nadie porque le da vergüenza, en su cara se le nota la ansiedad y el enojo”. Cabe mencionar que la abuela paterna proporcionó cierta información, ya que vive en la misma morada que el paciente y sus padres “cuando sale a comprar siempre ve que no haya gente, el otra vez el vecino salió y él se fue corriendo a la casa hasta que el vecino se vaya y cuando se fue, él se fue corriendo a la tienda, también le cuesta mucho saludar a los adultos, como que le da miedo porque cuando nos ve se esconde”. Por otro lado, el paciente manifiesta “no sé cómo hacer nuevos amigos, me da miedo a que no me acepten, pero sí intento acercarme, tengo muchos amigos, como unos tres”, en relación a ello la madre también comentó lo siguiente “él tenía un buen amigo, pero se fue a otra escuela y después de él le costó mucho hacer amigos, pero yo siempre le veo solitario a comparación de los niños de su edad”.

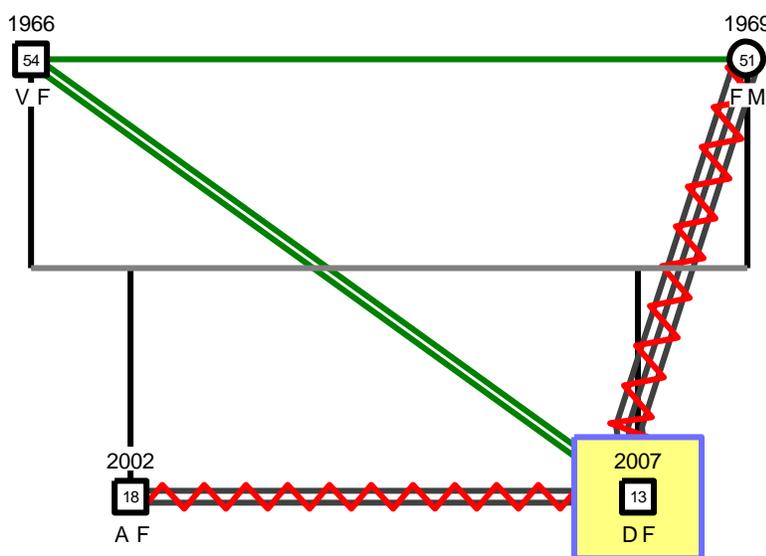
BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

El padre menciona ciertos comportamientos preocupantes que ha observado desde la primera infancia “él cuando tenía unos 4 años jugaba solito, con pocos juguetes y yo veía a otros niños interactuar entre ellos, pero él no era así”, la madre también proporcionó información con respecto a ello “cuando era bebé pasaba llorando y no me dejaba dormir, sólo quería pasar amarcado y no se calmaba, era muy difícil tranquilizarlo”. Además, los padres coinciden que la dificultad principal de su carácter es la facilidad que tiene al resentirse “cuando le hablas en un tono de voz medio alto, se enoja muchísimo y cree que ya no le quieres, y dice que no es un niño deseado que no sé de dónde sacó eso y se resiente y se va a su cuarto, y cuando era más pequeño nos decía que nos iba a matar si es que le decíamos que algo estaba mal”. También, se muestran preocupados ya que D. expresa comportamientos reprochables “cuando te ríes o le molestas cuando él hace algo se enoja muchísimo y se pone a llorar y dice que nos odia y nos dice que tenemos algo en contra de él y nosotros le explicamos, pero es muy difícil que entienda, y si no le cumples lo que le prometes o no le ayudas en lo que dice él se enoja muchísimo, una vez estábamos yendo

donde sus abuelos maternos y se le olvidaron los lentes y se puso muy nervioso y regresamos a ver y se dio cuenta que ha tenido en el pantalón y le comenzamos a molestar y se enojó, lloró nos hacía callar y nos dijo que no le apoyábamos y que no le queremos y se enoja cuando no le esperamos para comer, y nos dice pero por qué empiezan sin mí ya comieron una cucharada y no me esperan y a veces no podemos desayunar juntos porque estamos haciendo algunas cosas y se enoja porque dice que no queremos desayunar con él”. Cabe mencionar que los padres resaltan aspectos positivos en el paciente “es bastante observador y tiene muy buena memoria, hace los deberes solo, le gusta hacer las cosas por sí mismo y también se fija bastante en las cosas, el otra vez íbamos en el carro y dijo que ya habían cambiado el semáforo, que ese no estaba ahí y que el poste también ya no estaba, cuando una maseta tiene un hueco pequeño él se da cuenta y nosotros ni nos hemos dado cuenta, le gusta mucho averiguar sobre temas curiosos en Youtube”. También, la madre menciona ciertos aspectos en relación a su pensamiento “es muy rígido, y nos peleamos porque para él no hay matices, o es lo uno o es lo otro, y le explicamos, pero se enoja, trata como de imponer su punto de vista, es muy rígido con las reglas, él tiene que cumplir tal y como está ahí, cuando estábamos armando algo, queríamos armar primero unas piezas y nos decía que no que hay que seguir los pasos o si no todo está mal”, ante esto el evaluado proporciona información “me siento inconforme cuando cogen mis cosas y no dejan donde estaba y me gusta decir como tienen que hacer algunas cosas y que no se hace así”. Además D. confesó que “no me siento inferior a los demás me da miedo de tener vergüenza”.

Actualmente el paciente vive con sus padres y hermano mayor, quien tiene 18 años de edad, en un departamento en la vivienda de sus abuelos paternos junto a otros miembros de la familia por parte de su progenitor, quienes también arriendan cuartos en el mismo hogar. El paciente menciona que “tengo más confianza con mi papi, a él le cuento más mis cosas, pero igual sí paso tiempo con mi mami, pero mi pa me ayuda a hacer algunos deberes”, el padre también menciona ciertos aspectos de la relación familiar “mi esposa es más rígida que yo, yo trato de entender lo que hace D. converso con él y trato de calmarle cuando no se siente bien” la madre se expresa en relación a ello “yo le dejo ahí solo cuando está enojado porque si no yo también me desespero, a veces es muy cariñoso y ya me fastidia a veces y se enoja pero es que a veces es molesto”. Con respecto a la relación fraternal el padre comenta “a veces su hermano le molesta mucho, le dice que parece virado que no se pare así y nosotros

ya le decimos que no le debe decir así y el D. se siente mal se resiente” su progenitora en relación a ello manifiesta “a veces nosotros también le molestamos de tanto escucharle que le dice así, pero yo trato de que eso ya no se diga”. Cabe mencionar que D. expresa su disgusto por ciertos comentarios por parte de su hermano “me molesta mucho, no me gusta que me diga gordito y a veces yo le pregunto algo y no me responde, pero no me siento tan mal pero otras veces sí, me gusta pasar con él y hablar con él”. Es necesario resaltar que los padres expresan inquietud por ciertas conductas “suele pasar en el patio dándose las vueltas y moviendo las manos (muestra como lo hace), desde pequeño lo hacía, mi otro hijo también lo hacía de niño y recuerdo que yo también”. Por otro lado, la relación entre sus padres es armoniosa, sin embargo, desde hace varios años presentan dificultades económicas “tratamos de que nuestros hijos no se vean afectados por nuestras deudas, aunque muchas veces sí se dan cuenta porque peleamos, pero tratamos de llevarnos bien todos, conversar en casa”.



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: los resultados obtenidos en dicho cuestionario corresponden a una puntuación de 67, la cual engloba un puntaje de 35 en la subescala miedo/ansiedad y 32 en aquella denominada evitación, por lo tanto, tal resultado pertenece a una ansiedad moderada, de acuerdo a la interpretación y corrección proporcionada por el autor del mencionado test.

Inventario de fobia social: la persona evaluada en el cuestionario mencionado obtuvo una puntuación de 35, correspondiente a un nivel de ansiedad social significativo, ya que el punto de corte considerado por los autores es de igual o mayor que 19.

Cuestionario de personalidad Seapsi: de acuerdo a la corrección e interpretación de dicho cuestionario, el adolescente obtuvo un puntaje mayor (5) en las afirmaciones correspondientes a la tipología “evitativo”, seguido de la variable “paranoide” con una puntuación de 4.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

De acuerdo a la información recabada a partir de lo dicho por la persona y familiares, así como de las evaluaciones a partir de los distintos cuestionarios, se puede corroborar que el paciente manifiesta un diagnóstico correspondiente a un trastorno de ansiedad social, ya que la preocupación o temor central se encuentra focalizado en la evaluación negativa por parte de los otros, resaltando así, miedo a situaciones sociales como interacción con personas desconocidas en reuniones o al momento de intercambiar una conversación, destacando a su vez, temor hacia la autoridad, sobre todo establecer un saludo o mantener un diálogo, dichas situaciones producen malestar debido a los pensamientos o ideas distorsionadas generadas por el adolescente, entre ellas se destacan, catastrofismo, inferencia arbitraria, despersonalización y pensamiento dicotómico.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En base a lo recopilado, se puede concluir que los rasgos de personalidad predominantes en el adolescente corresponde a paranoide, debido a la tendencia al rencor, ya que en ciertas ocasiones desea castigar a la persona que le generó daño, propensión a los celos, sobre todo ante la madre, manifestaciones de ira o reacciones impulsivas cuando la persona experimenta ofensas por parte de personas significativas (familia nuclear), destacando también represión afectiva debido al temor de ser humillado o atacado. Además, tiende a interpretar las acciones de los demás como agresivas sin justificación alguna. Es necesario destacar que dicha tipología hace referencia al grupo A, caracterizados por ser excéntricos o de acuerdo al modelo integrativo son personalidades con predominio cognitivo. Así mismo, los rasgos destacados en la persona son aquellos relacionados con la personalidad anancástica (predominio cognitivo), debido a la búsqueda de perfección, interfiriendo en

varias ocasiones en el disfrute de una actividad, resaltando al mismo tiempo, la preocupación por las reglas o detalles, es decir tiende a exteriorizar conductas inflexibles con respecto a dichos aspectos. Finalmente, los rasgos característicos en el individuo corresponden, también, a la personalidad evitativa, la cual resalta elementos como, establecimiento de vínculos al estar seguro de haber obtenido aprobación, tendencia a evitar involucrarse en situaciones novedosas o riesgosas, represión al expresar pensamientos o sentimientos por temor a ser humillado o avergonzado y sensaciones de ineptitud social, dicha descripción hace referencia al grupo C según lo establece el DSM –V y correspondiente a aquellas personalidades con déficit relacional de acuerdo al modelo integrativo.

En relación a lo anterior, el locus de control manifestado por el adolescente es externo debido a que la percepción de los distintos eventos ocurridos en su vida es a causa de la toma de decisiones o actuación de los demás.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

En síntesis, de la historia clínica planteada, así como de los resultados obtenidos se puede aseverar un pronóstico favorable para la paciente al cumplir una intervención terapéutica personalizada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda efectuar una terapia individual con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa, así como pensamientos o creencias irracionales.

Además, es necesario incluir a la familia de la adolescente dentro de la intervención terapéutica con el objetivo de formar una red de apoyo sólida que motive a desarrollar las habilidades sociales de la paciente.

Anexo 23: Informes caso D

SESIÓN 1

Fecha: 10/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar del adolescente

Objetivo específico: Conocer las expectativas y demandas del adolescente

Actividades:

La sesión inició con la presentación correspondiente, tanto del evaluador como del participante, seguida de una explicación del proyecto que se va a llevar a cabo ajustando el

lenguaje al nivel de entendimiento del adolescente, en dicha conversación, se averiguó si alguna vez ha recurrido a la ayuda de un psicólogo, ante lo cual respondió negativamente, por lo tanto, se aclararon dudas con respecto al trabajo que realiza un profesional de la salud mental. Además, se mencionó el uso de un cuaderno a lo largo de la intervención terapéutica.

Evolución:

30 minutos. En el desarrollo de la sesión el nerviosismo disminuyó de forma significativa, ya que, ante las distintas respuestas dadas, el evaluador las validaba positivamente. Además, se realizaron preguntas correspondientes a la demanda, motivaciones y expectativas del adolescente, es decir, lo que espera dentro de una intervención terapéutica, así como, lo que desearía mejorar o alcanzar en los ámbitos intra e interpersonales, las respuestas que se obtuvieron se encontraban vinculadas directamente con el tema a tratar “ya no tener miedo a que no me acepten”, las cuales hacen referencia principalmente al desarrollo de habilidades sociales y disminución de sintomatología ansiosa, lo que corresponde a un tipo de demanda explícita.

Al finalizar se motivó al paciente con un reforzador positivo (chocolate), fomentando la confianza.

Observaciones:

El participante se mostró ansioso, lo cual se podía observar mediante el lenguaje corporal y verbal del mismo.

SESIÓN 2

Fecha: 13/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Socializar los test psicológicos

Recolectar información en la FIEPS

Actividad:

Se explicó el objetivo de cada uno de los tests de ansiedad social e igualmente el modo de responderlos, ante lo cual, se solicitó al participante comentar cualquier tipo de duda o intriga ya sea en ese momento o en el desarrollo de los mismos.

Evolución:

40 minutos. Se consiguió mayor información con los padres, quienes supieron comunicar de manera asertiva y clara cada uno de los detalles concernientes a la vida tanto social como

familiar del adolescente. Dicha recolección, permitió el desarrollo de la relación terapéutica, tanto con los progenitores como con el paciente. Además, se obtuvieron datos relevantes del paciente, los cuales están vinculados principalmente con el problema a tratar. Cabe mencionar que, se percibió temor a cometer un error al momento de conversar acerca de sí mismo. En ocasiones presentaba cierta dificultad para expresar lo que deseaba, ya que mostraba signos de ansiedad en su lenguaje no verbal, al mover las manos y las piernas; sin embargo, en el transcurso de la conversación dichas manifestaciones nerviosas eran mínimas, pero sin desaparecer por completo.

Al finalizar, se reforzó positivamente con un estímulo (caramelo) la participación de la persona evaluada, de esta manera se promovió la confianza dentro del ambiente terapéutico, lo cual se pudo visualizar en la respuesta empática que emitió (sonrisa).

Observaciones:

Puntual con el horario establecido.

SESIÓN 3

Fecha: 18/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivos específicos: Socializar los test psicológicos

Recolectar información en la FIEPs

Actividad:

Se recolectó información en relación a la personalidad del paciente, la cual se basó en preguntas específicas, ante las cuales respondió con monosílabos, “sí”, “un poco”, por lo que se desarrollaron interrogantes concretas para clarificar lo verbalizado por el adolescente, de igual forma se utilizó parafraseo para no llevar a la interpretación o generar suposiciones de los datos obtenidos. Por otro lado, se realizó una breve explicación de la consigna del reactivo psicológico SEAPsI, promoviendo al mismo tiempo la confianza para que el participante exprese sus dudas en relación a la prueba.

Evolución:

Una hora. Los padres aportaron con información en relación a la infancia del paciente, quienes supieron comentarla de forma clara, además, expresaron su preocupación en torno a los comportamientos que su hijo suele manifestar, de esta manera se pudo obtener una

aproximación diagnóstica. El paciente se mostró colaborativo y atento ante las explicaciones correspondientes al cuestionario aplicado.

Observaciones:

El paciente se muestra ansioso, lo cual se pudo observar a través de su lenguaje corporal y verbal, al titubear o mover constantemente las piernas y manos.

SESIÓN 4

Fecha: 20/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Exponer el diagnóstico y planificación del proceso a los padres del paciente.

Actividad:

Se explicó de manera clara y concisa los resultados obtenidos por medio de las pruebas, entrevistas y observación, dicha información se expuso con un lenguaje adaptado al nivel de entendimiento de los padres.

Por otro lado, la ansiedad social se explicó a partir de los pensamientos irracionales que generan ciertos comportamientos desadaptativos, así como, el temor principal de dicha patología, el cual corresponde al miedo a la evaluación negativa.

Evolución:

Una hora. Se logró establecer la relación terapéutica con los padres, sobre todo, al momento de explicar que dicho diagnóstico no corresponde a un deterioro mental y debido al alto grado de responsabilidad del paciente se puede atenuar pensamientos y conductas problemáticas, para esto se expuso la planificación terapéutica que se llevará a cabo incentivando su participación con respecto a los objetivos. Los progenitores supieron realizar las respectivas preguntas en relación al diagnóstico, las cuales fueron respondidas a través de conceptos breves en torno a los rasgos de personalidad del paciente, es decir, las conductas y pensamientos que engloban, que están ligados a la manera habitual de expresarse. Además, por medio de diferenciaciones se logró clarificar el temperamento y carácter. También, denotan apertura, calma y agradecimiento en relación a la explicación del diagnóstico.

Observaciones:

SESIÓN 5

Fecha: 25/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.

Actividad:

Se inició ejecutando preguntas neutrales en relación a las actividades personales realizadas los días que no hubo sesiones e igualmente de su bienestar. A continuación, se dialogó con la persona acerca de su diagnóstico, lo cual se explicó de forma precisa y clara tanto los rasgos de personalidad como la fobia social, adecuando el lenguaje al nivel de entendimiento del mismo. Posterior a ello, se complementó dicha exposición con la presentación de un breve video vinculado a la ansiedad social, con la finalidad de introducir un elemento dinámico y al mismo tiempo potenciar la comprensión del adolescente acerca de los aspectos que engloba dicha patología. Siguiendo con la problemática, se proporcionó material didáctico, el cual proveía información con respecto a las distorsiones cognitivas habituales de la fobia social, para esto se utilizó un tríptico. Además, en el desarrollo de esta explicación se motivó al paciente a la realización de preguntas en el caso de que surgieran dudas. Cabe mencionar que, se proyectaron vídeos relacionados con los esquemas irracionales, los cuales correspondían a extractos de dibujos animados que son agradables para la persona. Finalmente, se estimuló al paciente mediante un reforzador positivo (chocolate).

Evolución:

40 minutos. Al proyectar dichos vídeos el adolescente pudo identificar y comprender los pensamientos irracionales que suelen presentarse frecuentemente en su diario vivir. Interactuó de manera efectiva en las actividades ejecutadas, manifestando atención y aportando a la información proporcionada.

Al realizar las preguntas el paciente se mostró temeroso y nervioso, de igual manera cuando tenía que identificarse con ciertas distorsiones cognitivas manifestó preocupación y ansiedad, la cual pudo ser observada a través del lenguaje verbal y no verbal.

Observaciones:

SESIÓN 6

Fecha: 27/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.

Actividad:

Para iniciar se estableció la recapitulación de la sesión previa. Ulterior a ello, se realizó la explicación respectiva de la actividad denominada “Vencer la pasividad”, la cual consiste en leer pequeños comics, reflejando ciertas situaciones de inseguridad, tal es el caso de asumir riesgos o tomar decisiones por el temor a equivocarse, esto permitió plasmar ejemplos con respecto a las dificultades que se presentan día a día y que la mayor parte de las veces están dentro de nuestro control. Además, para una mejor comprensión de dichos temas, se expusieron breves metáforas en torno a los pensamientos e imágenes que tienen las personas, llevándolos a experimentar mayor malestar inter e intrapersonal, para esto se ejemplificó mediante gafas, es decir, los anteojos espejados, catastróficos y oscuros, representando ciertas cogniciones que dificultan ver con claridad la realidad; los primeros estaban relacionados con la constante culpa que atribuimos a los demás, los segundos a las ideas que intensifican una situación (riesgos) y los terceros representaban la desvalorización hacia sí mismo. Cabe mencionar que, para esto se ejecutó una dinámica, la cual era similar al juego “párame la mano”, en la misma, se establecieron los mismos elementos de dicho juego; sin embargo, se introdujo dos aspectos adicionales: “queja” y “problema”, con la finalidad de explicar al adolescente que las primeras agravan las discusiones, siendo necesario transórmalas en posibles soluciones y de esta manera manifestar lo que realmente nos sucede.

Evolución:

40 minutos. El paciente se mostró menos ansioso; sin embargo, se pudo observar un cierto nivel de nervios al manifestar que se equivocó en algunos aspectos del juego. Por ejemplo: en la sumatoria total.

Cabe mencionar que, tuvo mayor apertura hacia las actividades, observado a través del disfrute de cada una de ellas y debido al elemento creativo implementado, generó mayor comprensión con respecto a las distorsiones cognitivas, identificándolas de forma eficaz.

Observaciones: índices de ansiedad durante la explicación de las actividades (movimiento de manos y pies conjuntamente con titubeos).

SESIÓN 7

Fecha: 02/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Resolver conflictos intra e interpersonales

Actividad:

Se inició la sesión explicando la actividad a realizar, denominada “Role playing”, la cual englobó el temor a sentirse avergonzado debido a las críticas, para esto se planteó la situación de puntualidad, en la cual el paciente adoptó el papel de padre, mientras que el terapeuta se colocó en el lugar del adolescente. La finalidad de dicha técnica consiste en fomentar la empatía. Cabe mencionar que, previo al planteamiento de la situación problemática, se explicó la consiga y objetivo de dicha técnica “vamos a realizar una dinámica, en la cual vamos a dramatizar una situación que te ha causado estrés o problemas a ti y a tu entorno, primero yo me voy a imitar un papel familiar para ti como tu papá y tú vas a ser tú mismo y después vamos a cambiar de papeles”. A continuación, se ejecutó la ficha “Resolución de problemas”, la cual consiste en definir el problema de forma clara, colocar todas las opciones para evitar las consecuencias, reflexionar acerca de las ventajas y desventajas de cada una de las opciones propuestas, establecer cuál de estas es la más propicia y finalmente establecer la manera para ejecutarla. Se envió como tarea la ficha, para lo cual se implementó un elemento más, denominado “nombre”, es decir, colocar una palabra que represente el conflicto, ante esto se explicó mediante un gráfico que dicha denominación podría corresponder a una emoción oculta en la conducta expresada.

Evolución:

40 minutos. El paciente se mostró abierto y participativo en las actividades, generando de forma idónea pensamientos alternativos para aquellos que son irracionales. Se promovió la identificación de la resolución adecuada ante un problema, para de esta manera disminuir discusiones o malestar en el otro. Se observó nerviosismo y temor a la evaluación negativa. Así mismo se evidenció temor al comentar aspectos personales, sobre todo, aquellas dificultades que se generan en torno a la rigidez en el horario.

Al finalizar la primera dinámica ejecutada, el adolescente exteriorizó sus emociones de la siguiente manera: “me sentí estresado porque me sentía presionado y no sabía que decir”.

Observaciones:

Para que la persona realice correctamente la tarea enviada se facilitaron ciertos ejemplos que los padres habían comentado, teniendo en cuenta la empatía y el lenguaje adecuado para no lesionar la relación terapéutica.

SESIÓN 8

Fecha: 04/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva.

Actividad:

Al comenzar la sesión se revisó la tarea enviada la sesión anterior. A continuación, se preguntó al adolescente acerca de su conocimiento en relación a la autoestima. Ulterior a ello, se explicó de forma breve la finalidad y consigna de la técnica a implementar “como tratar con los demás”.

Para esto se solicitó al paciente ejecutar un gráfico en su cuaderno terapéutico. Al realizarlo se requirió opiniones acerca de los elementos que se debían completar y al terminarlo se pidió a la persona expresar una conclusión con respecto a la actividad. Finalmente, se realizó la técnica "Matriz de percepciones", misma que contaba con un gráfico en el cuaderno ya mencionado, el cual incluía elementos tales como: cualidades, animales, instrumento musical y comida. En relación a esto, se expuso el propósito de la misma "vamos a hacer un cuadro en el cual escribiremos algunas pequeñas cosas sobre ti para fortalecer tu autoestima o amor propio, pero no lo vamos a completar aquí si no que lo va a responder tu familia y les vas a pedir que te digan por qué pusieron esas respuestas". Cabe mencionar que, se manifestó al adolescente la importancia de explicar la consigna de la misma a sus padres y hermano para de esta manera evitar confusiones y promover al mismo tiempo el vínculo familiar de forma creativa.

Evolución:

40 minutos. Atento ante las distintas explicaciones, manifestando participación en las actividades, lo cual se pudo reflejar a través del aporte hacia las distintas técnicas (realizó

preguntas acerca de la tarea enviada y emitió ejemplos claros en relación a la primera estrategia). En ciertos momentos del desarrollo de la primera técnica se mostraba incómodo y nervioso, lo cual se pudo observar a través de la necesidad de finalizar rápidamente la tarea.

Observación:

SESIÓN 9

Fecha: 09/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva.

Actividad:

Al empezar la sesión se revisó la tarea enviada días anteriores, en la cual la familia tenía que participar; para esto se preguntó al paciente las sensaciones o emociones que experimentó al conocer las respuestas de sus seres queridos e igualmente con respecto a las suyas en la columna “YO”. A continuación, se trabajó en la actividad “como tratar a los demás”, la cual se ejecutó conjuntamente con la técnica role playing para que de esta manera el paciente pueda comprender e interiorizar cada uno de los aspectos que se deseaban pulir. Tal es el caso de la empatía y comunicación asertiva, que al concluirla se pidió expresar lo aprendido en dicha interacción y de igual forma se proporcionó retroalimentación de lo que se observó en el desarrollo de dichas estrategias de trabajo. Para verificar que el adolescente haya comprendido se cambiaron nuevamente los roles. Ulterior a ello, se propuso la actividad “Egograma”, para esto se pidió que doblase un papel en cuatro mitades, teniendo que escribir los siguientes elementos “¿Quién soy?”, “¿Qué es lo que los demás piensan de mí?”, “¿Cómo soy?”, “¿Cómo les gustaría a los demás que fuera?”, cada una de las preguntas fueron explicadas adaptando el lenguaje al nivel de entendimiento del paciente.

Evolución:

40 minutos. La persona se mostró receptiva ante las actividades desarrolladas. Al iniciar la primera técnica se pudo observar signos de ansiedad a través de su lenguaje corporal (movimientos de manos y piernas) y verbal (monosílabos y titubeos); sin embargo, en el desenlace de las técnicas ejecutadas los niveles de nerviosismo disminuyeron. El adolescente se desenvolvió correctamente en la técnica denominada role playing, participando

activamente. Al finalizar, se observó por medio de las respuestas plasmadas el nivel de introspección que la persona generó en la actividad.

Observación:

Impuntual con respecto al horario establecido.

SESIÓN 10

Fecha: 11/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa

Actividad:

La sesión comenzó con una recapitulación de las actividades realizadas el último día. Posteriormente, se ejecutó la estrategia “Autoinstrucciones”, para esto se utilizaron carteles de los pasos a seguir y de esta manera pueda el paciente comprenderla de mejor manera. Finalmente, se propuso una dificultad habitual del paciente “exponer en clases o expresar que ya es tiempo para salir de casa”, para lo cual se siguieron pasos: ¿qué voy a hacer?, aproximación al problema (¿cómo me siento?), concentrarme en lo que voy a hacer (¿en qué tengo que fijarme?, no pensar en nada más), actuar (¿cómo? paso a paso), autorreforzador, evaluar los resultados (autocorregirse si es necesario) y reducir la ansiedad, promoviendo retroalimentación con respecto a la acción emitida por el adolescente.

Ulterior a ello, se explicó al paciente acerca de los beneficios de practicar una respiración consciente. Para esto se efectuó la técnica 4, 7, 8. A continuación, se guió mediante un lenguaje adecuado al nivel de entendimiento de la persona. Finalmente, se aplicó una dinámica diferente, la cual incluía visualización y al mismo tiempo se trabajaba en la relajación de los músculos, denominada “Entrenamiento en atención muscular progresiva de Koeppen”.

Evolución:

Una hora. Mayor desenvolvimiento en la técnica de relajación de Koeppen, ya que, brinda la oportunidad de utilizar la imaginación, aspecto que resalta en el adolescente. Al concluir dichas técnicas se realizó feedback positivo por parte del paciente.

Disminución de síntomas ansiosos (movimientos de manos y pies), lo cual se pudo observar en el transcurso de la sesión. El paciente se mostró colaborador.

Menor apertura al ejercicio “autoinstrucciones”, evidenciado por su bajo estado de ánimo repentino, evidenciando signos ansiosos (titubeos).

Observaciones:

SESIÓN 11

Fecha: 16/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Para iniciar la sesión se estableció retroalimentación de las actividades ejecutadas con anterioridad, para lo cual se planteó una problemática habitual de la persona “exponer en público” utilizando la técnica autoinstrucciones, A continuación, se practicaron ciertos ejercicios de relajación utilizando elementos de la relajación muscular de Koppen, incluyendo una respiración consciente, para de esta manera empezar las actividades de forma relajada e igualmente recordar al adolescente acerca de dichas estrategias. Ulterior a ello, se ejecutó la “Ficha: lectura de mente (adaptado)”, es decir, de acuerdo a los esquemas cognitivos que generan malestar en el adolescente, para esto se requirió que se centre en aquellas situaciones donde ha adoptado pensamientos o ideas catastróficas, todo o nada y conclusiones apresuradas, plasmándolos en el registro, además, para cada uno de ellos se establecieron tres pensamientos alternativos. Finalmente, se envió como tarea, llenar dicha ficha con otra situación para cada uno de los pensamientos distorsionados, así como los alternativos.

Evolución:

Una hora. Menor resistencia al comentar acerca de sus pensamientos distorsionados. Se observa deterioro en signos ansiosos a nivel corporal y verbal, mostrando mayor nerviosismo en el último (titubeos y monosílabos). Mayor comprensión del ejercicio “autoinstrucciones”, ejecutándolo de forma activa.

Observaciones:

SESIÓN 12

Fecha: 18/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Se empezó con la respectiva retroalimentación acerca de lo trabajado con anterioridad, resaltando aquellos pensamientos habituales en el adolescente: todo o nada, inferencia arbitraria y catastrofismo, los mismos que fueron trabajados en la actividad denominada “Cómo agrandamos los peligros y achicamos nuestros recursos”, para lo cual se utilizó la comparación de un animal feroz, representativo del esquema cognitivo irracional, junto a un animal de peluche, simbolizando lo que realmente sucedió; el emblema establecido correspondió al de una abeja, la cual fue graficada por el paciente. A continuación, se ejecutó la ficha “registro de recursos”, llenándola con los siguientes elementos: situación, pensamiento negativo y todos aquellos recursos que la persona tuvo en ese momento o tiene actualmente para hacer de frente la problemática. Se finaliza la sesión con el establecimiento de feedback positivo acerca de lo realizado.

Evolución:

Una hora. La persona se mostró con gran apertura (disminuyendo resistencias) ante las actividades, lo cual se evidenció a través de los pocos signos ansiosos que manifestó en el desarrollo de las mismas.

Así mismo, comentó abiertamente pensamientos distorsionados: “me voy a equivocar al saludar a un adulto y van a pensar que soy un tonto”, “mis papás no me quieren porque no cumplieron lo que me dijeron”, “me van a ver mal todos porque llegué cinco minutos tarde”, “abandono el juego porque de seguro piensan que soy un tonto cuando pierda”, etc. y aquello que realmente ocurrió.

Además, al ejecutar la ficha “registro de recursos”, el adolescente manifestó lo siguiente: pensamientos alternativos o establecer preguntas en lugar de suposiciones.

Observaciones:

SESIÓN 13

Fecha: 23/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Se estableció retroalimentación de las actividades elaboradas la sesión anterior, para lo cual, se solicitó al adolescente manifestar lo recordado, promoviendo la reflexión acerca de aquellos pensamientos irracionales. Ulterior a ello, se explicó la estrategia a realizar, denominada “De cinturón blanco a cinturón negro”, ante la cual se pidió al paciente mencionar cinco personajes de su película favorita (Sherk) y los clasifique del menos arriesgado hasta el más valiente, según considere. A continuación, se redactaron los pasos a seguir, según la selección de los protagonistas elegidos por el adolescente, recordando al mismo tiempo, aquellas herramientas otorgadas en sesiones anteriores. Además, se estableció el escenario a trabajar, “evitar jugar con un grupo de personas por temor a perder y avergonzarse”, este último fue detallado en los pasos para afrontarlo, los cuales fueron: jugar yo solo; jugar con una persona familiar; jugar con una persona familiar y otra con la que no mantengo una relación cercana; jugar con una persona familiar y dos que no conozco mucho y jugar con 3 personas que no conozco mucho. Finalmente, se desarrolló la técnica “Hoy seré”, para esta, se utilizaron materiales didácticos tales como: cartulinas y pinturas, con el objetivo de generar mayor motivación en la participación de la estrategia anteriormente mencionada; para esto se produjeron distintas palabras alentadoras.

Evolución: una hora. La persona manifestó ciertos signos de ansiedad (titubear) al conocer la actividad que se realizará; sin embargo, se pudieron mitigar al comentar acerca de aquellas estrategias trabajadas con anterioridad, de esta manera manifestó mayor apertura y cooperación, lo cual se observó a través de su lenguaje verbal y corporal.

Por otro lado, al introducir el elemento creativo se fomentó la cooperación y comprensión, ya que el paciente ejecutó preguntas, disminuyendo al mismo tiempo signos de ansiedad.

Observaciones:

SESIÓN 14

Fecha: 25/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión se inició con una retroalimentación respecto a las estrategias abordadas con anterioridad, sobre todo, aquellas centradas en los pensamientos alternativos y distorsiones cognitivas. Además, se practicó previamente una técnica de relajación. A continuación, se

expuso al adolescente ante la situación temida, establecida previamente, “evitar jugar con un grupo de personas por temor a perder y avergonzarse” ejecutando el primer paso “jugar yo solo”, para ello se solicitó al paciente que busque las parejas, fijándose en los números o letras de los naipes, estableciendo un límite de tiempo con la utilización de un cronómetro “15 minutos”. Ulterior a ello, se realizaron dos juegos, el objetivo del primero fue recoger todos los palos sin movilizar a los demás, proponiendo nuevamente un intervalo de “15 minutos” y para concluir, se ejecutó la actividad denominada “macatetas”, misma que el paciente debía recoger todas las fichas lanzando una pelota de goma al aire, para ello se estableció un tiempo límite de “10 minutos”. Cabe mencionar que, en el transcurso de dichas dinámicas se solicitó al paciente expresar del “0 al 8” el nivel de ansiedad experimentado, estableciendo feedback positivo en cada una de ellas, resaltando el hecho de la empatía consigo mismo (autorreforzamiento y autocorrección). También, se introdujeron frases con un tono de voz humorístico y alentador “ese chiripazo”; “te toca hacer de nuevo”; “caray! Fallaste de nuevo, no importa, vamos que sí puedes”; “muy bien lo estás haciendo bien”. Finalmente, se solicitó a la persona de confianza (padre) elegida por el adolescente, ingresar al cuarto, a quien se expresó la actividad a realizar, pidiéndole comentar frases como las anteriores, el juego duró aproximadamente 20 minutos, establecido a través de un cronómetro.

Evolución: una hora. Al iniciar, se preguntó al paciente el significado personal de “jugar”, ante lo cual respondió “divertirse, pasar un buen rato”. En los juegos ejecutados inicialmente el paciente comentó que su ansiedad fue de 4, y en el transcurso del mismo disminuía y aumentaba (de 2 a 4) en función de las frases vocalizada por el terapeuta, así como del tiempo límite; sin embargo, el nivel máximo fue de 4, concluyendo con 1. En la exposición posterior el nivel de ansiedad fue de 4 llegando a 0 al finalizar la actividad. Se mostró ansioso (mirada agresiva y temblor en la voz) ante ciertas frases expresadas por el padre, en el momento que se solicitó contarlas para conocer al ganador, tal es el caso de “yo tengo 35 cartas”, con tono humorístico. Además, manifestó signos de ansiedad al verificar que los naipes no se encontraban ordenadas.

Al proporcionar retroalimentación (reforzamiento positivo hacia sí mismo y hacia la persona), recordando al mismo tiempo, el significado de “jugar” se logró disminuir la sintomatología ansiosa (sudoración en las manos y enrojecimiento).

Observación:

Se sugirió practicar en casa con ayuda del padre.

SESIÓN 15

Fecha: 30/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión comenzó con la práctica de la respiración consciente denominada 4,7,8 y relajación muscular de Koeppen, al finalizarlas, se procedió a comentar al paciente, que se requería avanzar al siguiente paso “jugar con una persona familiar y otra con la que no mantengo una relación cercana”; sin embargo, los juegos serían establecidos por los participantes, incluyéndolo. A continuación, se solicitó a las personas que colaborarían (hermano y padre) ingresar a la habitación de exposición. Al iniciar la actividad, el hermano mayor fue quien propuso el juego, llamado “roba montón”, el mismo que emitió la respectiva explicación de aquella dinámica, para esto se manifestó al adolescente que establezca preguntas ante las dudas surgidas. Ulterior a ello, el progenitor, fue quien decidió el juego a ejecutar “7 pum”, el cual englobaba mayor rapidez y atención. Para concluir dicha actividad, el paciente propuso el juego denominado “bruja”, teniendo que explicar la finalidad y consigna del mismo. Al finalizar la sesión, se dialogó únicamente con el paciente acerca de lo sucedido en los juegos, en especial, en aquel que fue proporcionado por el padre, para esto se estableció orientación acerca de sus pensamientos automáticos rememorando las estrategias empleadas con anterioridad, así como: la relajación y respiración guiada por la persona, con el objetivo de emitir tranquilidad y claridad mental. Además, se propuso colorear el rango de logro o logros que, según su perspectiva, alcanzó, lo cual se realizó en la manualidad “Hoy seré”.

Evolución:

Una hora. Mantuvo la calma ante las explicaciones respectivas de los jugadores, llegando a un rango ansioso de 3. Al momento de generar preguntas ante el juego propuesto por el hermano experimentó un nivel de ansiedad correspondiente a 3. En el desarrollo del mismo, el paciente se mantenía tenso, pero al pasar el tiempo su sintomatología disminuía, llegando a 1, por lo que, esto facilitó mayor concentración en el juego, obteniendo ventaja y ganando a sus contrincantes. Los niveles de nerviosismo disminuyeron, en el transcurso de los juegos,

alcanzando un 2; sin embargo, en el juego elegido por el paciente, alcanzó un nivel de 1. Los logros coloreados fueron: paciencia, respeto. Además, se solicitó conversar con el padre acerca de la práctica realizada en casa, ante lo cual, comentó que la persona evaluada manifestó signos de ansiedad, como enojarse o despreciar los juegos propuestos por el mismo, por lo que, se ejecutaron juegos agradables para el paciente, disminuyendo la sintomatología en el transcurso de las dinámicas, debido a esto, se dialogó con el adolescente acerca de la empatía, recordando al mismo tiempo, los ejercicios realizados en sesiones anteriores.

Es necesario resaltar que, se observó mayor tensión y sintomatología ansiosa (temblor en manos y piernas, titubeo, enojo) en el juego propuesto por el progenitor, lo cual motivaba al paciente evitar o escapar de la actividad, (llegando a un nivel de 7), mismo que fue suspendido, proporcionando contención emocional debido a la agitación percibida en el paciente. Para esto se explicó al paciente que, no se le expondría abruptamente a un nivel de ansiedad intenso, recordándole mencionar su malestar en el momento del evento, para de esta forma suspenderlo, en el caso de llegar a un mayor rango de tensión. Cabe mencionar que, al momento de ejecutar el juego elegido por el adolescente mencionó con un fuerte tono de voz “ahora ustedes son mis esclavos arreglen las cartas” señalando a los participantes colocar las cartas de forma ordenada. Por otro lado, cuando un integrante deseó instaurar una actividad más, lo encontraba injusto, argumentando que “si somos tres, no puedes elegir sólo tú porque es injusto y yo ya no quiero jugar”.

Observaciones:

Baja tolerancia a la frustración.

SESIÓN 16

Fecha: 01/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión se centró en ejecutar el siguiente peldaño previamente establecido, “jugar con una persona familiar y dos que no conozco mucho”. En primer lugar, se trabajaron ciertas estrategias proporcionadas con anterioridad, relacionadas con la respiración consciente y relajación muscular. Además, se comentaron aspectos acerca de los pensamientos

automáticos y su vínculo con la ansiedad, resaltando la implementación de la atención plena en el desarrollo de la actividad. A continuación, se solicitó a los participantes elegidos por el paciente ingresar a la sala de trabajo, misma que se solicitó a los asistentes establecer juegos de naipes, para los cuales, se requirió explicar al paciente la dinámica de estos. Posteriormente, se ejecutaron las actividades, sobre todo, aquella en la que el paciente experimentó mayor ansiedad en la exposición anterior. Para esta se hizo uso de cierto número de cartas con la finalidad que pueda comprender eficazmente el juego. Finalizando con dos juegos, uno de ellos incluía naipes, “roba montón” y en el otro se introdujeron elementos lúdicos como varillas, llamado “pick up sticks”. Cabe mencionar que, se pidió colorear el o los logros que considere alcanzó.

Evolución:

Una hora. La persona se mantuvo con mayor calma ante la exposición, se visualizó un mejor manejo de la ansiedad a través de la respiración y atención plena, dando como resultado la habituación, es decir, sin evitar la actividad. Mencionó que el juego generador de ansiedad en sesiones anteriores ya no produjo mayor efecto en sí mismo, alcanzando un 5 y el mayor nivel experimentado en los juegos posteriores fue de tres, obteniendo un nivel de 1 al concluirlos. Se observó menor sintomatología ansiosa y mayor disfrute de los juegos. Al finalizar la exposición correspondiente, se solicitó a cada uno de los implicados, expresar sensaciones y pensamientos al perder ciertos juegos, para de esta forma el adolescente pueda visualizar y escuchar las versiones por parte de personas conocidas, fomentando claridad mental y disminución de sintomatología ansiosa, evitando al mismo tiempo, sentirse avergonzado o excluido. Mayor control ante el fracaso. Los logros generados fueron: agradable con los demás, manejo y control de ansiedad, valiente.

Observaciones:

Se mantiene cierto nivel de ansiedad ante juegos desconocidos, sobre todo, hacia el fracaso.

SESIÓN 17

Fecha: 06/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión se centró principalmente en el paso denominado “jugar con 3 personas que no conozco mucho”, para ello se requirió un momento previo con el paciente para establecer ciertas directrices, tal es el caso de los pensamientos y relajación. A continuación, se solicitó a los participantes ingresar a la sala para ejecutar la tarea correspondiente, la cual consistió en establecer dicho juego generador de ansiedad en sesiones anteriores, “7 pum”, para este, se utilizó todo el conjunto de naipes. Ulterior a ello, se realizaron las siguientes actividades propuestas por los jugadores, una de ellas fue nueva para el adolescente, “rapidito”, misma que se brindó la explicación respectiva por parte del participante, ante la cual, el paciente propuso preguntas y dudas. Finalmente, el adolescente fue quién planteó la actividad, “pick up sticks y macatetas”, teniendo que expresar la consigna y finalidad de la misma. Así mismo, se estableció una conversación individual con el paciente acerca del nivel de ansiedad (0-8) experimentado al iniciar, en el desarrollo y al finalizar las actividades. Es necesario recalcar que, se estableció feedback positivo al concluir la exposición. También, se requirió colorear en la técnica “Hoy seré” el o los logros alcanzados por parte de la persona.

Evolución:

Una hora. El paciente mantuvo mayor control ante la ansiedad o nerviosismo, sobre todo en el primer juego, mismo que constituía un generador de estrés anteriormente, obteniendo un rango de 3 al empezarlo, concluyendo con 1. Ante la calma lograda en dicha dinámica, se pidió a los implicados motivarlo con aplausos, logrando mayor implicación en el juego. Por otra parte, en las dinámicas posteriores consiguió un nivel de 4 al iniciarlas, sobre todo en aquellas que eran nuevas; durante el desarrollo de las mismas un 2, finalizando con 0. Además, permaneció en las actividades sin verbalizar algún tipo de queja o conductas de evitación. Concentración en los juegos y mayor apertura en cada uno de ellos, disfrutándolos con los participantes (comentado también por el adolescente). Los logros alcanzados y coloreados en la manualidad fueron: asertivo, valiente, agradable con los demás, control de ansiedad y pensamientos, respetuoso. Sin embargo, se percibió cierta tensión ante la pérdida de algunos juegos, a través de gestos (mirada temerosa). Conductas de seguridad (yo quedé empaté con ella, no perdí, mencionando con nerviosismo). Al concluir la exposición, se solicitó a cada uno de los participantes perdedores en alguno de los juegos, expresar sus emociones y pensamientos, con el objetivo de que el paciente obtenga mayor tranquilidad y

claridad mental al tener presente la forma de afrontamiento de cada individuo, disminuyendo sintomatología ansiosa, evitación y aislamiento por temores infundados

Observaciones:

SESIÓN 18

Fecha: 08/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas.

Actividad:

La sesión inició con la respectiva recapitulación de las técnicas anteriormente trabajadas, así como preguntas acerca del efecto experimentado a través de las actividades. Para esto se utilizó la estrategia “introspección de la vida cotidiana”, pidiendo al paciente expresar una situación problemática ocurrida recientemente y aquellas herramientas factibles para la solución adecuada de la misma. A continuación, se ejecutó la técnica denominada “Ruta”, para la cual se solicitó al paciente dibujar una carretera y colocar en ella aquellos aspectos negativos que haya superado, ya sean pensamientos o conductas, así como, los rasgos que requiera pulir o trabajar para alcanzar los objetivos planteados a nivel personal. Los primeros se colocaron en la parte trasera de la autopista, mientras que los segundos fueron situados en dirección opuesta a los anteriores. Además, se requirió que el adolescente trace un carro, el cual representaba a su persona, este fue colocado en un lugar de la carretera que el paciente considere se encuentra situado.

Evolución:

40 minutos. Las respuestas dadas por el paciente en la primera estrategia fueron: respiración consciente, la cual fue ejemplificada, así como la búsqueda de ventajas y desventajas para la solución efectiva de una situación, centrándose también en aquellos pensamientos irracionales generadores de circunstancias problemáticas. En la técnica final, estableció lo siguiente: aspectos pasados (enojarme muy rápido, tener miedo a perder por avergonzarme en un juego, reaccionar de forma fea, causar un tsunami en una gota de agua) y objetivos a trabajar (explicar lo que siento y lo que me molesta, ser más paciente), comentando que se encuentra un poco más avanzado en el camino. Al concluir las actividades planteadas se estableció feedback positivo en relación a lo trabajado, fomentando la participación de la persona, quién explicó cada una de las respuestas escritas en el camino.

Observaciones:

Ciertos signos de ansiedad al comentar acerca de lo sucedido en días anteriores.

SESIÓN 19**Fecha:** 12/08/2020**Objetivo general:** Promover el bienestar psicológico del adolescente.**Objetivo específico:** Flexibilizar y potenciar rasgos de personalidad.**Actividad:**

Para concluir con la intervención terapéutica se ejecutaron las siguientes estrategias:

En primer lugar, se requirió que el adolescente dibuje algo agradable, en este caso fue una naranja, con la finalidad de realizar la técnica denominada “Punteado” y de esta manera pueda rellenarla con pequeños puntos de colores, presionando las puntas de las pinturas en la hoja, misma que se encontraba sobre un cartón grueso. También, se solicitó resaltar el contorno de la figura, de manera que se pueda visualizar al reverso de la hoja, con el objetivo de realizar nuevamente el punteado generando textura en el dibujo. Ante esto se indicó que, podrá utilizar dicha táctica cuando experimente sensaciones ansiosas. A continuación, para complementar la primera estrategia se propuso la técnica “Semáforo”, para la cual se pidió al adolescente explicar el significado de cada uno de los colores del mismo, agregando que, al utilizarlo dentro de la vida cotidiana podría facilitar la tolerancia a la frustración, estableciendo una situación problemática, haciendo uso de dicha herramienta.

Evolución:

40 minutos. El paciente manifestó sensaciones de relajación al ejecutar la técnica “punteado”. Además, comentó ciertos aspectos relevantes sin mostrar signos ansiosos, con respecto a la técnica “semáforo”, los cuales fueron situaciones problemáticas, comprendiendo de forma efectiva la técnica. Atención plena en las actividades.

Observaciones:

Ciertos titubeos al iniciar la sesión.

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA (FIEPS)

Nº 4

Fecha: 19/06/2020

Elaborada por: Gabriela Duy

DATOS INFORMATIVOS

Nombre: S.T. **Edad:** 16 años **Estado Civil:** soltera

Religión: cristiana **Lugar y fecha de nacimiento:** Quito. 27/mayo/2004

Residencia: Quito **Dirección:** sector la gasca **Telf:** 0992936381

Instrucción: Básico **Ocupación:** estudiante

Informante: B. N. **Parentesco:** madre

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	X
Otros ¿Cuál? Investigación			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar(s)	X
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

Madre:

Refiere que su comportamiento es preocupante ya que la observa aislada y callada la mayor parte del tiempo “no habla, pasa encerrada, necesito saber qué le pasa”.

Paciente:

Menciona que presenta conflictos a nivel social “ya no quiero tener miedo a relacionarme porque eso hace que me aisle de la gente y me vean como la rara.”

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

La persona menciona que, alrededor de los 11 años, la forma de interacción con sus pares ha ido deteriorando debido al temor persistente a la crítica o a sentirse avergonzada, “recuerdo que en quinto de básica mis compañeros me dejaban sola y me veían como la rara y yo le dije a mi mamá y ella fue hablar pero siento que no hizo lo suficiente porque sólo fue una vez y los profesores tampoco hicieron nada porque yo sentía que me veían como la niña que siempre se queja (llanto) y ya nunca más les volví a contar lo que me pasaba” a partir de este suceso dicho miedo ha aumentado, ocasionando sentimientos de inferioridad, “me dan miedo mis compañeros de clase porque ellos dicen cosas a la ligera, se ríen de cosas que para ellos son estúpidas, pero para otro es importante y me da miedo de que me critiquen o me hagan sentir a avergonzada”. De igual manera comenta que en varias ocasiones ha deseado participar en actividades extracurriculares, sin embargo, evita hacerlo debido al temor de experimentar vergüenza o sentirse ridiculizada “una vez fui a una academia de baile pero yo soy muy lenta para aprender los pasos y habían otras niñas que sí podían y un día me incluyeron en un grupo de whatsapp unas dos niñas y me dijeron ahora sí ya vamos a ser tres papas en el baile y desde ahí me desmotive porque me sentí con tanta vergüenza y tonta y de ahí nunca más”. Además, refiere que actualmente en clases a nivel virtual, prefiere mantenerse oculta, ya que ha vivido frecuentemente situaciones incómodas, generando malestar e incluso rehusándose a asistir a las mismas “Al comienzo de la cuarentena yo ya no quería entrar a clases porque la profesora de lenguaje siempre hace un debate al final de la clase y un día yo iba a opinar y justo otra niña también quería hablar entonces yo me callé y ella también y luego yo comencé a hablar y como ella tenía la cámara prendida me veía con esta cara (muestra con gestos) y me comencé a trabar y ya no sabía lo que decía y luego me salí y me puse a llorar, y antes también me hacía sentir así y bueno una semana y media no me conecté a clases y también la profesora una vez me preguntó algo y yo no sabía bien pero le traté de explicar y como que se enojó y luego la niña que te dije respondió bien y yo me sentí tonta y ridícula” de igual manera comenta que su estado de ánimo se ha visto afectado interfiriendo en la relación paterno filial “yo ya no quería conectarme a clases porque me sentía deprimida, pasaba durmiendo y llorando y mi mamá sólo me levantaba a gritos diciéndome que soy una irresponsable y eso me hacía sentir peor y yo me ponía a pelear con ella y mi papá”. En relación a lo anterior, menciona que tiene varias dificultades

para formar nuevas amistades o vínculos sociales “yo siento que todos me ven como la rara así que mejor no digo nada para no avergonzarme o sentirme nerviosa y ellos no me vean como tonta”, sin embargo, supo expresar que ha mantenido una relación amistosa con tres niñas de su clase. Dichas situaciones, sensaciones y pensamientos han causado malestar significativo en distintas áreas de su vida, pero sobre todo en su rendimiento académico “no he presentado muchos deberes y trabajos porque siento que no puedo, que no soy igual de inteligente que los demás y eso me hace sentir nerviosa y ya no me gusta estudiar”.

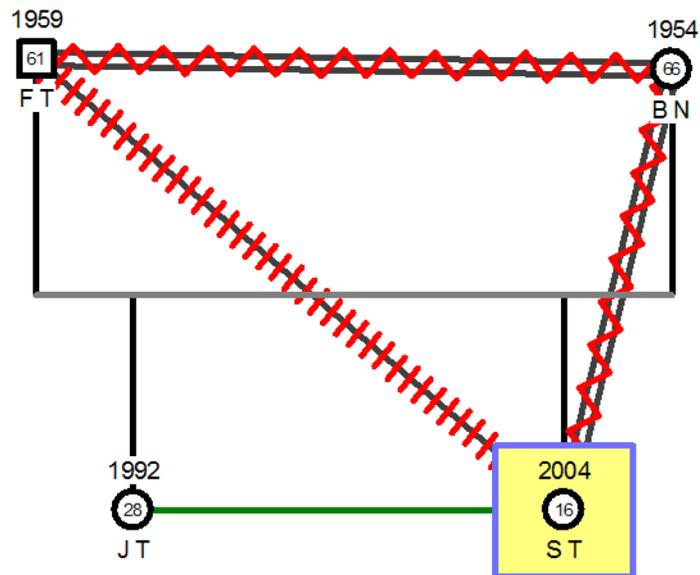
Por otro lado, la paciente supo comentar que a consecuencia de las situaciones sociales incómodas que ha experimentado a lo largo de su adolescencia, acudió a sus padres para manifestar su malestar y de esta manera proponerles el cambio de institución educativa “ primero mis papás me cambiaron para noveno por decisión de ellos y luego de nuevo me cambié a otro colegio cuando iba a pasar a décimo por mi decisión porque había jerarquías, o sea, ellos hacen de lado a los que parecemos raros o no hablamos mucho y ellos te hacen de menos, hasta los profesores te menosprecian, mis papás aceptaron porque supongo que se dieron cuenta, pero yo no les cuento mucho sobre eso, luego en el nuevo colegio no pude hacer amigos, sólo tuve unos dos pero todo era difícil ahí y me sentía un bicho raro y a mitad de este año (cuarto curso) fui bajando de notas en ese colegio y me regresé al que estaba antes pero estoy peor”. Finalmente, la madre refiere que “ahora pasa callada, en la comida no nos mira, se encierra en su cuarto y no entra a clases, se despierta tarde y no presenta deberes y yo ya no sé qué decirle o qué hacer, no habla con nadie, sólo pasa jugando o dibujando.”

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

La madre menciona que “ella de chiquita era bastante abierta y frontal con lo que quería e incluso me llamaban de la escuela para decirme que era muy traviesa en la escuela o jardín, era bastante molestosa y hacía amistades muy fácilmente pero ahora que ya creció ha cambiado muchísimo, es muy tímida”. También, S. se muestra angustiada por su comportamiento y sensaciones desagradables “de pequeña era muy extrovertida, me gustaba estar con gente, daba mi punto de vista y era muy buena estudiante, pero ahora ya no me siento cómoda con la gente, me da miedo, ya no doy mis opiniones, me conformo con lo que dice la gente, al menos que tenga confianza, pero aun así no puedo expresar mis emociones, ahora prefiero hacer mis cosas sola sin hacer grupos, porque no me gusta que me dejen de

lado o me critiquen, siento que no puedo ser igual que las otras niñas de mi edad”. La adolescente plantea que experimenta cierta identificación con la historia personal de un grupo de jóvenes cantantes coreanos denominados BTS “siento que al escucharles y al conocer su historia me entienden y quisiera hablar con ellos porque sé que van a ser los únicos que me van a entender y me van a saber decir qué hacer para dejar de ser así, por eso prefiero estar sola escuchándoles a ellos porque nadie me critica ni me hace sentir ridícula y no me siento inferior a nadie”. También refiere que su medio catártico es el arte “me gusta mucho dibujar y pintar y siento que me calmo cuando estoy triste o enojada”. Cabe destacar que, la adolescente comenta “yo me siento bien cuando me motivan, una amiga me motivaba en mis deberes, me aconsejaba y mejoré, pero ahora ella se lleva con otra niña y ya no tengo motivación, una vez me peleé con mis mejores amigas, bueno ellas dos se pelearon, pero yo me sentía mal porque no sabía qué hacer y no quería que nos separemos, sí me causa mucha tristeza cuando me peleo con alguien que quiero mucho”. En igual forma la paciente refiere que “prefiero evitar las peleas con mis amigos para que no se haga más grande, no me gusta decir mi punto de vista, pero cuando estoy en el chat sí hablo más porque creo que es porque no me miran, no sé”. La evaluada vive actualmente con sus padres en Quito, mientras que su hermana, quien es mayor a S. con 20 años, convive con su hijo y esposo en otra vivienda. Además, el vínculo familiar es distante ya que la madre y paciente coinciden en que la comunicación se ha deteriorado “mi mamá nunca me pregunta cómo estoy, sólo me dice que soy una irresponsable”, mientras que la primera comenta que “no puedo decirle nada porque se enoja y no me voy a poner a pelear, está muy difícil y no me escucha”, el padre prefiere mantenerse distante ya que su hija mayor refiere lo siguiente “mi papá no cree en la psicología así que no desea participar mucho, una vez llevamos a S. a un psicólogo a escondidas de mi papá”. En relación a lo anterior, S. comenta que “con mi hermana no puedo hablar mucho, ni contarle de mis sueños porque ella me hace sentir ridícula y cuando le pregunto cómo hace para ser extrovertida me hace sentir mal, pero a veces es cariñosa y me escribe para saber cómo estoy, pero otras veces es rara y siento que mis papás tampoco me toman en serio cuando les digo que me gusta ese grupo de chicos así que mejor me quedo callada para no ser ignorada”. Además, la relación de sus padres con su hermana es armoniosa y estable. Cabe mencionar que su hermana mayor proporcionó lo siguiente “no tiene aspiraciones en la vida, pasa pintando, es callada, no es sociable, no quiero que sea igual a mí, pero es muy

desconfiada y no quiero que cometa los mismos errores que yo”. Con respecto al vínculo entre sus progenitores, la madre se muestra autoritaria con el padre “mi mamá siempre le dice qué hacer a mi papá, y se enoja con él muchas veces al día, pero luego le pasa, mi mamá es la que pone orden en la casa, mi papá trabaja con ella en un almacén de muebles que tenemos, pero no se involucra mucho en mis asuntos, me ayuda con algunas cosas del colegio, pero nada más”. En relación a lo anterior, la paciente menciona que “a veces con el único que hablo es con mi primo mayor, él se interesa por mis cosas y me pregunta cómo estoy”.



RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Escala de Ansiedad Social de Liebowitz: los resultados obtenidos en el cuestionario mencionado, corresponden a una puntuación de 82, la cual es resumida en las subescalas, miedo/ansiedad con 43 puntos y 39 en aquella denominada evitación, en función de dichas correcciones, la interpretación como tal, representa ansiedad social grave.

Inventario de fobia social: la interpretación y corrección arrojaron como resultado una puntuación de 59 correspondiente a una gravedad significativa de ansiedad social.

Cuestionario de personalidad Seapsi: de acuerdo a la corrección propuesta por la escala mencionada, la persona evaluada obtuvo el mayor puntaje (10) en el apartado correspondiente a “evitativo”, seguida de una puntuación de 9 en la subescala denominada “dependiente”.

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

De acuerdo a los cuestionarios aplicados y sobre todo en base a la observación virtual e información recopilada, tal es el caso de los antecedentes disfuncionales y relación familiar, se puede concluir con un diagnóstico correspondiente a trastorno de ansiedad social, en el cual predomina el temor a la evaluación negativa por parte de los demás, experimentando malestar ante ciertas situaciones sociales, en este caso hace referencia a la actuación ante un grupo de personas, sobre todo, extrañas, incluyendo también, la interacción con individuos que no mantienen un vínculo o relación estrecha con la persona, ya sea en reuniones o al momento de establecer conversaciones, generando pensamientos irracionales con respecto a su actuar, por lo tanto, tiende a evitar dichos contextos con la finalidad de no verse expuesto (humillado, avergonzado, rechazado), produciendo síntomas ansiosos como temblor, enrojecimiento y sobre todo malestar en distintas áreas de funcionamiento. Cabe mencionar que, aquellas cogniciones distorsionadas por la paciente hacen referencia a: lectura de mente, razonamiento emocional, inferencia arbitraria, etiquetamiento, personalización y catastrofismo.

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

En función de los datos recopilados, ya sean aportados de forma verbal por la paciente o padres, como también por medio de la observación virtual, sin dejar de lado, el cuestionario Seapsi, se llegó a la conclusión de que la personalidad de la paciente está conformada por rasgos evitativos, los cuales se caracterizan por comportamientos socialmente aislados y temerosos, destacando a la vez hipersensibilidad emocional, así como sentimientos de inseguridad e ineptitud, percibiéndose a sí misma como carente de habilidades sociales, preocupación constante hacia las críticas o rechazo por parte de los demás y evitación a participar en grupos o involucrarse en actividades novedosas por temor a ser avergonzada, dichos elementos conforman el grupo C según el DSM-V y correspondiente a las personalidades con déficit relacional. Además, manifiesta rasgos de personalidad dependiente, siendo parte del conjunto mencionado anteriormente, ya que, experimenta sensibilidad a la crítica y desaprobación, así como dificultad en la toma de decisiones

cotidianas por sí misma, ya que tiende a recurrir hacia personas con las que mantiene un vínculo estrecho con la finalidad de adquirir aprobación o consejo e igualmente subestima necesidades propias, anteponiendo las de los demás. Cabe mencionar que, el locus de control expresado por la persona corresponde al interno, ya que suele interpretar distintas situaciones como una forma generada por sí misma, desacreditando a su entorno.

CRITERIOS PRONÓSTICOS

En síntesis, de la historia clínica planteada, así como de los resultados obtenidos se puede aseverar un pronóstico favorable para la paciente al cumplir una intervención terapéutica personalizada.

RECOMENDACIONES

Se recomienda efectuar una terapia individual con el objetivo de disminuir la sintomatología ansiosa, así como pensamientos o creencias irracionales.

Además, es necesario incluir a la familia de la adolescente dentro de la intervención terapéutica con el objetivo de formar una red de apoyo sólida que motive a desarrollar las habilidades sociales de la paciente.

Anexo 25: Informes caso S

SESIÓN 1

Fecha: 12/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Conocer las expectativas y demandas del adolescente.

Actividad:

Se comenzó con la presentación respectiva, tanto del terapeuta como de la participante, así como una explicación breve del proyecto a realizarse.

Además, la participante generó preguntas en relación al trabajo que se va a ejecutar, las cuales estaban relacionadas principalmente con el desenvolvimiento social, ante lo cual se comunicó

el objetivo que se pretende alcanzar. Cabe mencionar que, se averiguó acerca de sus motivaciones y expectativas en relación al proceso terapéutico, es decir, lo que espera del mismo. Al finalizar, se mencionó la utilización de un cuaderno, con el objetivo de recolectar y plasmar el trabajo en cada una de las sesiones.

Evolución:

40 minutos. La adolescente, supo expresar lo que desea cambiar o mejorar a nivel personal “deseo ya no tener miedo a que los demás me critiquen”, ya que en ciertos aspectos sociales provocan malestar y consecuencias en su entorno, por lo tanto, corresponde aparentemente a una demanda explícita.

También, señaló que en una ocasión acudió a un psicólogo, pero no volvió a recurrir a su ayuda, ya que, considera que el hecho de dialogar acerca de sí misma le provoca incomodidad. Menciona que posee sueños y motivaciones, pero el temor a ser juzgada no le permite desarrollar un plan de acción para ejecutarlos.

Cabe recalcar que, al iniciar la conversación, se mostró tímida y respondía con monosílabos; sin embargo, en el desarrollo de la misma, se desarrolló correctamente.

Observaciones: puntual con el horario establecido. Dificultad en ciertos momentos del diálogo debido a la conexión de internet. Presencia de un lenguaje autocrítico.

SESIÓN 2

Fecha: 14/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Socializar los test psicológicos

Recolectar información en la FIEPS

Actividades:

En primera instancia se estableció una conversación neutral, es decir, acerca de temas vinculados a su bienestar y actividades realizadas el día anterior, para de esta manera, establecer la relación terapéutica.

Ulterior a ello, se recabó información por medio de una entrevista a la progenitora. Finalmente, se explicó de forma sencilla tanto la consigna como pautas de los test de ansiedad social, ajustando el lenguaje al nivel de conocimiento de la paciente, para que, de esta manera pueda resolverlos sin inconvenientes. Además, se alentó a generar preguntas en caso de dudas. Dichas pruebas se enviaron de forma virtual a través de un documento WORD, las cuales fueron ejecutadas y reenviadas al día siguiente para su respectiva calificación.

Evolución:

40 minutos. En la entrevista, la madre supo expresarse de manera adecuada con detalles precisos y breves, los cuales aportaron con datos relacionados a los antecedentes disfuncionales, mismos que están ligados a la demanda explícita mencionada en la primera sesión. A continuación, se dialogó con la participante, quien, en ciertos momentos de la conversación, exteriorizó sus emociones a través del llanto. De igual forma, aportó con información significativa acerca de su desenvolvimiento social y el entorpecimiento que este ha generado en distintas áreas de su vida. Es necesario recalcar que, la paciente, proporcionó datos relevantes en relación a los de su progenitora, lo cual refleja el establecimiento de la relación terapéutica.

Por otro lado, la adolescente se desarrolló correctamente en su diálogo, es decir, sin temor alguno, mostrando emociones y sentimientos angustiosos; sin embargo, expresaba disculpas cada vez que lo hacía.

Observación:

Impuntual en relación al horario establecido (30 minutos tarde).

SESIÓN 3

Fecha: 19/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Socializar los test psicológicos

Recolectar información en la FIEPS

Actividades:

Se empezó recabando información en relación a los datos personales de la adolescente, para de esta manera obtener una aproximación diagnóstica en cuanto a su personalidad.

En primer lugar, se realizaron preguntas abiertas con respecto a sí misma. Dicha información se complementó con una entrevista realizada a la progenitora, minutos antes de empezar con la adolescente. Finalmente, se explicó la finalidad y la consigna del reactivo psicológico SEAPSI, de igual forma se generó un espacio para las dudas o preguntas en relación al mismo.

Evolución:

Una hora. Ante las preguntas generadas, la adolescente manifestó apertura y confianza al responderlas, ya que expresó emociones y sentimientos a través del llanto, proporcionando información clara acerca del malestar generado por ciertos comportamientos y pensamientos recurrentes, es decir, se logró establecer afianzamiento de la relación terapéutica, ya que la paciente supo desenvolverse correctamente al confesar ciertos aspectos problemáticos de su personalidad. Además, se implementaron estrategias de apoyo para una correcta contención emocional. La madre proporcionó poca información en relación a los datos obtenidos por la paciente.

Observaciones: la paciente fue puntual en cuanto al horario acordado

SESIÓN 4

Fecha:22/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Exponer el diagnóstico y planificación del proceso a los padres del paciente.

Actividad:

Se realizó la explicación de los resultados obtenidos en base a las pruebas y entrevistas realizadas, profundizando en los rasgos de personalidad de la adolescente, adaptando el lenguaje al nivel de entendimiento de la madre. Dentro de dicho esclarecimiento se estableció la diferencia correspondiente de los componentes que conforman la personalidad: temperamento y carácter, así como del trastorno de ansiedad social. Además, se recalcó el hecho del trabajo terapéutico dentro de las áreas mencionadas, para esto se mencionó el plan terapéutico individualizado, el cual engloba metas y expectativas propuestas por la paciente y el terapeuta, cada una con sus respectivas actividades.

Evolución:

40 minutos. Ante la explicación minuciosa de cada uno de los elementos que conforman la personalidad y las conductas o pensamientos que distinguen a la ansiedad social, la madre pudo comprender con mayor amplitud, la forma de actuar y pensar de su hija, manifestando así, apertura al recibir el diagnóstico. Además, la progenitora se mostró agradecida y conforme con el proceso diseñado.

También, se motivó a la ejecución de preguntas con respecto a la explicación realizada; ante ello la señora B. manifestó dudas y preocupación. Por tanto, se respondió de manera que pueda comprender dicho diagnóstico, es decir, que no corresponde a una incapacidad mental o física, sino más bien a un ajuste o refuerzo en ciertas áreas inter e intrapersonales para mejorar la salud mental de la paciente y por ende su desenvolvimiento vital.

Observaciones: puntual en el horario establecido.

SESIÓN 5

Fecha: 26/06/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Psicoeducar y orientar sobre la condición clínica y distorsiones cognitivas que se presentan en la ansiedad social.

Actividad:

Se inició con preguntas relacionadas al bienestar de la paciente y a las actividades personales realizadas los días anteriores, para de esta manera fortalecer la relación terapéutica. Ulterior a ello, se realizó la respectiva explicación en relación al diagnóstico, tanto de los rasgos de personalidad como de la ansiedad social, adecuando el lenguaje al nivel de entendimiento de la persona. Para complementar dicha exposición se presentaron dos vídeos vinculados a la fobia social y distorsiones cognitivas, para de esta manera promover la comprensión de los elementos que engloba dicha patología mediante aspectos creativos. Además, de forma adicional, se presentó un tríptico, el cual proporcionaba información con respecto a las distorsiones cognitivas habituales de dicha problemática. En relación a lo anterior, se explicó de forma breve la actividad “Vencer la Pasividad”, la cual consiste en la lectura de pequeños comics que reflejan ciertos pensamientos negativistas y las consecuencias que estos generan, para que exista un mejor entendimiento, se realizó una dinámica similar al juego “párame la mano”, en la cual se incluyeron los mismos elementos; sin embargo, se adicionaron dos: “queja” y “problema”, con la finalidad de exponer a la persona la ventaja de transformar la primera en la segunda. Cabe mencionar que, se explicaron mediante metáforas distintos pensamientos irracionales que agravan una situación, para esto se utilizaron gafas, las cuales representaban, ideas o imágenes de peligro o riesgo, desvalorización hacía sí mismo y la adjudicación del problema hacia los demás. Cada uno de estos anteojos adquirirían un nombre diferente de acuerdo al pensamiento que proyectaban: gafas oscuras (desvalorización), gafas espejadas (adjudicar) y gafas catastróficas (riesgo o peligro).

Evolución:

Una hora. Al momento de realizar preguntas con respecto a los videos: “¿Con qué conducta o pensamiento que viste en el video te identificas?”, la adolescente manifestó claramente su respuesta (me siento identificada con el pensamiento de lectura de mente y también me etiqueto mucho o creo que me va a salir mal todo y paso pensando sólo en eso, como el chico del vídeo). En la actividad denominada “párame la mano” la adolescente reveló lo que realmente está produciendo malestar a nivel inter e intrapersonal, generando así mayor consciencia ante los factores que producen discusiones o consecuencias negativas en su

entorno. Además, la utilización de metáforas fomentó la participación de la persona, forjando una amplia comprensión de estas ideas negativas.

Observación:

Impuntual en cuanto al horario establecido.

SESIÓN 6

Fecha: 01/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Resolver conflictos intra e interpersonales

Actividad:

Se realizó la técnica “role playing”, la cual fue explicada de forma breve y concisa ampliando la comprensión de la misma “vamos a realizar una dinámica, en la cual vamos a dramatizar una situación que te ha causado estrés o problemas a ti y a tu entorno. Primero, yo voy a imitar un papel familiar para ti, como tu papá y tú vas a ser tú mismo y después vamos a cambiar de papeles”. La situación que fue dramatizada, se vinculó a las dificultades constantes que genera el temor a ser criticada dando como resultado el evitar presentarse a clases virtuales, aumentando los problemas con la progenitora. Además, se ejecutó un gráfico denominado “Mapa del problema”, el cual consistió en nombrar al problema principal y anotar situaciones en las cuales la persona siente que puede vencer la dificultad, cuando a veces siente que lo hace y aquellas ocasiones en las que no lo logra. Ulterior a ello, se explicó que el empezar a luchar contra el problema sería una idea certera para ganarle terreno. Para esto se realizó el mismo cuadro, pero con más opciones dentro del elemento “Siempre gano Yo”. Para concluir la técnica, se plasmó una metáfora relacionada a aquellas conductas que la persona adopta y que agrandan el problema (figura de terror) y las que son beneficiarias, (figura de algo indefenso).

Evolución:

40 minutos. La paciente inició explicando ciertas emociones que le habían surgido días anteriores, relacionadas a su ambiente social, lo cual fue englobado por la adolescente como “crisis”, ante esto, se proporcionó motivación y orientación para obtener mayor claridad mental, disminuyendo los pensamientos o ideas desagradables que la persona manifestaba. En la actividad denominada “role playing”, se solicitó expresar las emociones experimentadas al adoptar el papel contrario, ante ello respondió “me sentí ignorada, rechazada, con preocupación porque no sabía que pasaba, estaba enojada pero más triste porque no sabía qué hacer”. De esta manera, se fomentó la empatía y la importancia de expresar el problema real para evitar complicaciones o malestar en el otro. Al establecer la metáfora, la adolescente asimiló los errores habituales que conducen al camino equivocado (no arriesgarme a probar cosas nuevas o hacerme de menos).

Notable manifestación de sentimientos de inferioridad y miedo a la crítica.

Observaciones:

Puntual en el horario establecido.

TIS: Ficha “Resolución de problemas”, para esto se explicó la forma de realizar, solicitando a la paciente rellenarlo con dos problemas o dificultades concretas.

SESIÓN 7

Fecha: 03/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva

Actividad:

Se explicaron ciertos elementos relacionados con la autoestima, los cuales incluían definición y ciertas metáforas. A continuación, se explicó la técnica “Como tratar con los demás” de la siguiente manera: “este cuadro nos va a facilitar relacionarnos y hacer nuevas amistades y a

partir de las típicas preguntas, vamos a crear otras para mejorar nuestra forma de hacer nuevos amigos o comunicarnos con los que ya tenemos”. Finalmente, se realizó la dinámica “Frasco con estrellas”, para la misma se requirió de ciertos materiales (cartulina o papel bond, tijera, pegatinas, frasco pequeño), ejecutando así, un cartel con el título de la técnica, el nombre de la persona y la fecha límite para que las personas elegidas por la adolescente escriban cualidades que admiran de la misma, depositándolas en el frasco.

Evolución:

Una hora. Se empezó con la revisión de la tarea enviada la sesión anterior, para esto se realizaron ciertas preguntas para verificar la comprensión de la misma, ante la cual, la paciente reflejó correctamente su finalidad. Comentó aspectos personales e ideas que fomentan sentimientos de inseguridad. Además, participó activamente incluyendo la letra de una canción que la motiva a no ser parte de los estándares sociales. En el desarrollo de la técnica denominada “Como tratar con los demás” se logró promover mayor consciencia y claridad mental ante el establecimiento de conversaciones sociales. Cabe mencionar que, se estableció un compromiso con respecto a la utilización de factores externos que afectaban su autoestima (redes sociales) y rutina de sueño, provocando conflictos, el cual fue cumplido correctamente; dicha información fue proporcionada por la madre.

Observaciones:

SESIÓN 8

Fecha: 09/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el desarrollo personal en el autoestima y comunicación asertiva

Actividad:

Se envió de tarea “Aprendiendo a quererse”, la cual consiste en un autorregistro y para realizarlo la persona tendrá que llenarlo en dos períodos a lo largo del día (medio día y noche), con los siguientes aspectos: situación, aspecto positivo (me gustó lo que hice, pensé, sentí) y

consecuencias (cómo me siento con respecto a mí misma), todo vinculado a aquello que le haya gustado con respecto a las cosas que hace, dice o siente la mañana y tarde. Cabe mencionar que, el mismo día se conversó con los padres de la adolescente, teniendo en cuenta la aprobación de la misma para hacerlo, con la finalidad de socializar acerca de aquellas dificultades intrapersonales.

Evolución:

Una hora. Se inició con una conversación en relación a las actividades personales realizadas por la paciente los días anteriores, quién comentó ciertos aspectos que le generan incomodidad a nivel inter e intrapersonal, los cuales están relacionados con sus padres, para esto se estableció escucha activa y orientación en dicha situación con la finalidad de disminuir el malestar interno y proporcionar claridad mental. Se revisó la tarea “Frasco con estrellas” conjuntamente con la paciente, para ello se leyó cada papel, en los cuales se encontraban las respuestas de cada una de las personas significativas para la paciente, solicitando que exprese sus sentimientos o emociones. Ulterior a ello, se propuso ejecutar nuevamente la técnica “como tratar con los demás” incluyendo mayor interacción, utilizando “role playing”, lo cual permitió la visualización de errores al momento de socializar, así como los aspectos positivos al hacerlo, concluyendo la tarea con retroalimentación acerca de lo observado y lo comprendido por parte de la adolescente. La persona se desenvolvió correctamente en la primera actividad realizada, se mostró cooperadora y de buen ánimo. Expresa sentimientos que generan molestias internas de forma abierta.

Observaciones:

Puntual con respecto al horario establecido.

SESIÓN 9

Fecha: 13/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa

Actividad:

Se revisó la tarea enviada con respecto al autorregistro de aspectos positivos, para lo cual se realizaron preguntas con respecto a la autoobservación ejecutada por la paciente y de esta manera promover la autoestima. A continuación, se explicó la técnica “autoinstrucciones”, implementándola con una situación problema: exposición en clases, para ello se estableció el siguiente proceso: ¿qué voy a hacer?, aproximación al problema (¿cómo me siento?), concentrarme en lo que voy a hacer (¿en qué tengo que fijarme?, no pensar en nada más), actuar (¿cómo? paso a paso), autorreforzador, evaluar los resultados (autocorregirse si es necesario) y reducir la ansiedad.

Ulterior a ello, se explicó acerca de los beneficios de la respiración para la salud física y mental, en especial para la disminución de la sintomatología ansiosa en situaciones que generan malestar. Finalmente, se enseñó una técnica de respiración consciente denominada “4, 7, 8”, orientando a la persona al inicio de la misma. Posterior a ello, se solicitó ejecutarla por sí misma. Cabe mencionar que, se indicó a la persona que al colocar la mano en el abdomen facilita la experiencia, verificando que el aire ingresa correctamente al organismo e igualmente se guio a la paciente con respecto a la relajación muscular, para esto se utilizó la técnica de Koeppen, la cual fomenta la creatividad, ya que propone ejecutar una breve visualización para facilitar la disminución del estrés o tensión en distintas estructuras corporales.

Evolución:

40 minutos. Disminución de síntomas ansiosos que estuvieron presentes al inicio de la sesión, a través del lenguaje verbal (titubeos).

Observaciones:

SESIÓN 10

Fecha: 19/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Disminuir o eliminar la sintomatología ansiosa

Actividad:

Se realizó la relajación muscular instruida la sesión anterior, para verificar la comprensión de la misma. Se solicitó a la adolescente ejecutarla, así como la respiración “4, 7, 8”. A continuación, se recordó la estrategia “autoinstrucciones”, requiriendo de tarjetas que contenían los pasos a seguir, elaborándola con una situación problemática: “hablar ante un grupo de personas”.

Evolución:

Una hora. La persona cumple con el horario establecido y de igual forma se evidenció la disminución de la sintomatología ansiosa al realizar dichas estrategias (temblor en la voz o enrojecimiento). Colaboradora y con gran apertura ante los ejercicios establecidos. Al finalizar dichas actividades se estableció retroalimentación, para de esta manera promover cambios en su forma de acercarse a dicho problema, así como a otros similares.

Observaciones:

SESIÓN 11

Fecha: 22/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Se inició la sesión con el establecimiento de una retroalimentación con respecto a las actividades ejecutadas con anterioridad. A continuación, se practicó la respiración guiada en un intervalo de 3 minutos aproximadamente. Ulterior a ello, se procedió con la ejecución de las actividades correspondientes al objetivo a tratar, para lo cual, se utilizó la técnica “Autorregistro ABC con trampas del pensamiento”, con la finalidad de concientizar a la persona acerca de los errores del pensamiento, dicha estrategia englobaba elementos como: ¿Qué pasó? (situación) ¿Qué sentí? (emoción o síntoma físico), ¿Qué pensé?, Trampas del pensamiento, ¿Qué hice? Y ¿Qué ocurrió después? Al finalizar, se envió como tarea de intersesión colocar dos situaciones problemáticas en las que la persona haya experimentado

sensaciones intrusivas e identificar en cada una de ellas los distintos pensamientos irracionales.

Evolución:

Una hora. En primer lugar, se practicó la estrategia “autoinstrucciones” con una situación que genera temor a la persona “hablar en público o en exposiciones”, al concluir se estableció feedback positivo. La adolescente pudo identificar e interiorizar la manera irracional en la que se puede llegar a proceder debido a esquemas distorsionados generando con mayor fuerza sensaciones de desagrado y malestar,

Realiza una adecuada introspección, misma que pudo ser observada por medio de la cooperación y reflexión al realizar la actividad.

Cabe mencionar que, las trampas del pensamiento propuestas correspondieron a: catastrofismo, inferencia arbitrara, etiquetamiento, personalización y razonamiento emocional.

La paciente se mostró motivada y expresiva al mencionar situaciones problemáticas que ha experimentado.

Observaciones:

Impuntual con respecto al horario establecido.

SESIÓN 12

Fecha: 25/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Reestructurar los pensamientos irracionales recurrentes.

Actividad:

Se presentó el gráfico “Ficha: lectura de mente (adaptado)”, llenándolo con los pensamientos irracionales habituales de la adolescente, tal es el caso de, razonamiento emocional, lectura de mente e inferencia arbitraria, destacando el segundo. Se inicia completando los ejercicios

propuestos por el registro y posteriormente, con las situaciones (“pelea con mejor amiga”, “ingresar a la Universidad”, “pasar al pizarrón”, etc.) y pensamientos erróneos de la paciente (“de seguro no quiere que vaya a su fiesta”, “no soy lo suficiente capaz para hacerlo”, “de seguro todos están diciendo que hice mal el ejercicio”, etc.), generando ideas alternativas acerca de los mismos y de igual forma en el transcurso de la actividad se promovió retroalimentación. Al finalizar, se propuso una TIS, cuyo objetivo es establecer diversas situaciones que han generado ideas o esquemas cognitivos irracionales, combatiéndolos con pensamientos alternativos.

Evolución:

Una hora. La sesión inició con la revisión de la tarea enviada, para esto, se evaluó la identificación por parte de la paciente con respecto a las distorsiones cognitivas personales, ante lo cual, se estableció feedback positivo.

Se verificó mayor comprensión por parte de la adolescente con respecto a sus pensamientos irracionales generando introspección, evidenciada a partir de diversas reflexiones en diferentes áreas.

Observaciones: puntual con el horario. Cabe mencionar que, se comentó acerca de las sesiones posteriores, las cuales consisten en el afrontamiento de las situaciones problemáticas.

SESIÓN 13

Fecha: 29/07/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión englobó actividades, tales como, “La prueba de fuego”, la cual consistió en enlistar los pasos a seguir, de menor a mayor complicación, para afrontar cierta situación problemática. “Exposición en clases”, de esta forma se expuso a la paciente la finalidad de

dicha técnica. Cabe mencionar que, el proceso a seguir fue: exposición de un tema dominante frente a una persona con quien conserva un vínculo; exposición de un tema, ante el cual tenga poco conocimiento frente a una persona sin ningún tipo de relación estrecha y con alguien que sí lo ha establecido; exposición de un tema que le interese pero que no conozca ningún tipo de información, frente a dos personas con las que no mantiene un vínculo estrecho y una persona con la que sí lo haga; exposición ante un público sin ningún tipo de relación estrecha. Es necesario mencionar que, se proporcionaron ciertas directrices para mejorar la ponencia por parte de la paciente, aumentando su seguridad: preparar el tema; público (¿a quién va dirigida la intervención? ¿con jóvenes o adultos? preparar presentación y despedida (agradecer) de acuerdo al tipo); objetivos (¿qué quiero conseguir con mi intervención?); táctica (¿con qué argumentos empiezo y cuáles dejo al final?) y organización (¿dispongo de medios auxiliares?, organizar las ideas en forma de guion, señalar las ideas más relevantes).

Evolución:

Una hora. Se recordaron los puntos estratégicos abarcados en sesiones anteriores con el propósito de disminuir los signos de ansiedad expresados por la adolescente al momento de comentar lo que se abordaría. Además, se clasificó cada uno de los pasos mencionados de acuerdo a los personajes de la serie elegida por la persona “Maravilloso mundo de Gumball”, del menos al más admirable, según considere. De esta manera se incluyó mayor creatividad y motivación.

La persona se mostró abierta y receptiva ante cada uno de los pasos establecidos ejecutando preguntas con respecto a los mismos, las cuales fueron abordadas de forma empática.

Al finalizar, se ejecutó la estrategia “Hoy seré”, la cual tiene como finalidad promover compromisos en las diferentes exposiciones, cada uno de ellos serán coloreados de acuerdo al nivel superado, para esto, se solicitó a la paciente realizar una manualidad con ciertos materiales, asintiendo positivamente.

Observación:

Manifiesta ciertos signos de ansiedad ante la estrategia propuesta.

SESIÓN 14

Fecha: 01/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

En primer lugar, se solicitó a la paciente conectarse treinta minutos antes de comenzar con la exposición respectiva, “exposición de un tema dominante frente a una persona con quien conserva un vínculo”, en este intervalo, se desarrolló la respiración consciente 4,7, 8 y relajación de Koeppen, incluyendo atención plena. Además, se establecieron ciertas directrices, acerca de los pensamientos automáticos que podrían atacar en el momento del evento, así como al concluirlo. Para esto se propuso resituarlos como un ser externo, llevándolos a perder poder, así como recordar todas aquellas estrategias cognitivas instituidas con anterioridad. Cabe mencionar que, el tema abarcado fue en relación a un género musical denominado “k-pop”. También, se solicitó a la paciente colocar en la manualidad ejecutada con anterioridad, “hoy seré”, según considere.

Evolución:

Una hora. La persona elegida por la adolescente, ingresó a la reunión, iniciando la presentación correspondiente al tema a tratar, así como de sí misma.

La paciente fue empática ante la espectadora invitada. Siguió las directrices proporcionadas en sesiones anteriores. Al instante de establecer feedback positivo, la paciente expresó los pensamientos y sensaciones vivenciadas, así como, la forma en la que pudo controlarlos “me centré en el tema, hice atención plena y se iban mis molestias”, también, emitió el nivel de ansiedad al iniciar, durante y al finalizar, empezando con 6, en el transcurso obtuvo 3 y concluyendo con 1. Los logros generados por la paciente fueron: valiente, empática.

La duración de la actividad correspondió a 40 minutos, sin embargo, el tiempo establecido previamente fue de 20 minutos. Manifiesta ciertos signos de inseguridad o ansiedad (mirar

hacia abajo, tono de voz bajo, titubeos). No concluye la ponencia de forma empática (agradecer al público).

Observaciones:

SESIÓN 15

Fecha: 06/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión englobó el siguiente paso definido con anterioridad, “exposición de un tema, ante el cual tenga poco conocimiento frente a una persona sin ningún tipo de relación estrecha y con alguien que sí lo ha establecido”. Minutos antes de iniciar con dicho proceso, se requirió que la adolescente ingrese a la sesión, para de esta manera proporcionar retroalimentación acerca de lo trabajado y sobre todo incluir un espacio de respiración consciente. Al concluir, se solicitó comunicar acerca de los logros alcanzados.

Evolución:

Una hora. Se solicitó a las personas invitadas integrarse a la reunión, ante lo cual, la paciente, inició la presentación del tema denominado “Tim Burtón”, quién es, director de películas infantiles en un plano gótico. La persona inició con un saludo cordial y presentación personal ante el público, pidiendo a los participantes generar preguntas acerca de lo expuesto, seguido, de la respectiva ponencia. A continuación, se requirió que las personas invitadas emitan algún tipo de comentarios o sugerencias constructivas acerca del trabajo ejecutado por la adolescente, quienes lo realizaron de forma empática y breve. Ulterior a ello, la paciente expresó un agradecimiento ante los participantes, quienes minutos después salieron de la reunión virtual, permaneciendo únicamente la paciente, con la finalidad de emitir retroalimentación acerca de la tarea realizada, así como preguntas acerca de los pensamientos intrusivos y el nivel de ansiedad experimentado antes, durante y después de la exposición. Dando como resultado un nivel de ansiedad 5 en un inicio, un nivel 2 durante la tarea,

concluyendo así con un nivel 0. Sin embargo, ante las sugerencias comentó que el rango fue de 4. Además, expresó los propósitos generados: valiente, empática, segura.

La paciente se mostró empática ante el público, así como segura de la información expuesta, lo cual se pudo observar a través de su lenguaje verbal (menor número de titubeos) y no verbal: mirada fijada en el público, desviándola en ciertos momentos, pero centrándose mayor parte del tiempo en el público. La adolescente se acopló al tiempo límite fijado (30 minutos). Se mostró espontánea y creativa al exponer, lo cual facilitó a las personas mantener su atención. Es necesario recalcar que, la paciente comentó acerca de las estrategias utilizadas en el control de la ansiedad (atención plena y mejor organización días anteriores), así como de la preparación previa a la ponencia, fomentando de esta forma seguridad en sí misma.

También, la persona manifestó en ciertos momentos pequeñas pausas junto con temblor en la voz. Se percibieron ciertos aspectos verbales repetitivos: “emm, este”. Ante los comentarios expuestos por el público, expresó varias veces disculpas y se visualizó enrojecimiento a nivel facial.

Observaciones:

SESIÓN 16

Fecha: 09/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

Los participantes formaron parte de la reunión, la cual tuvo como finalidad englobar el siguiente paso: “exposición de un tema que le interese pero que no conozca ningún tipo de información, frente a dos personas con las que no mantiene un vínculo estrecho y una persona con la que sí lo haga”, seguida de la ponencia correspondiente, denominada “Van gogh”, en el desarrollo de la misma. Se solicitó a ciertos espectadores: mirar el celular, hacer mala cara o distraerse, con el objetivo de visualizar el manejo de la ansiedad por parte de la adolescente.

En relación a lo anterior, se requirió comentar el o los logros alcanzados en dicha presentación.

Evolución:

Una hora. Para el inicio de la sesión se solicitó a la paciente ingresar a la reunión 10 minutos antes para promover la respiración consciente y relajación muscular, así como recordar estrategias cognitivas, participando activamente en ello.

Al comenzar la exposición, la paciente estableció una presentación personal (dando su nombre y edad), así como de la temática a tratar (idea que deseaba proyectar acerca del personaje). Además, expuso aspectos relevantes del tema por medio de imágenes, las cuales fueron presentadas de forma empática, es decir, ampliándolas para una mejor perspectiva por parte del público. También, la paciente fomentó la participación de los presentes invitándolos a generar preguntas ante cualquier duda. Al concluir la presentación, las personas invitadas, propusieron interrogantes y comentarios de forma idónea, respondiendo la adolescente de la misma manera. Así mismo, la paciente emitió un comentario personal acerca del tema y el agradecimiento como forma de despedida.

La persona manifestó seguridad en el desarrollo de la exposición. Igualmente, supo comentar la estrategia implementada para el manejo o control de los pensamientos y ansiedad, denominada “autoinstrucciones”.

Por otro lado, se requirió que los participantes abandonen la sala, permaneciendo únicamente la persona evaluada, con el propósito de establecer retroalimentación acerca de la exposición y de igual forma expresó el nivel de ansiedad (0-8). Por tal motivo, su primera experiencia obtuvo un nivel de ansiedad 6, mientras que en el desarrollo de la actividad alcanzó un 3 y finalmente 1. La disminución de la tensión se pudo observar a través de su tono de voz (moderado) y mirada (fijada en el público).

Del mismo modo, se percibió un manejo adecuado de la frustración o tensión en aquellos momentos en los que se solicitó a los participantes distraerse de la presentación; ante ello, la paciente manifestó que al implementar atención plena en la ponencia pudo manejar la situación.

Finalmente se observó empatía hacia el público, sobre todo con respecto a las sugerencias o comentarios. Los logros considerados por la paciente fueron: empatía, control de ansiedad y pensamientos.

Observaciones:

Ciertos momentos de titubeos o pausas.

SESIÓN 17

Fecha: 12/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Fortalecer la capacidad de afrontamiento sintomatológico.

Actividad:

La sesión se centró en el paso final previamente establecido, “exposición ante un público sin ningún tipo de relación estrecha”, el cual correspondió a la prueba de fuego, tal y como el proceso para superar una situación ansiosa establece. En dicha actividad la persona expuso el tema “Ana Frank”. Además, ciertos espectadores interrumpieron a la paciente para plantear algunas interrogantes con respecto a la temática. Al concluir dicha ponencia, el público emitió comentarios y sugerencias acerca de la misma.

Evolución:

40 minutos. Al iniciar la exposición, la adolescente estableció la correspondiente presentación personal, así como la idea central que deseaba comunicar al público (el legado de Ana), motivándolo al mismo tiempo a ejecutar preguntas ante cualquier duda. Minutos antes de iniciar la reunión virtual, se solicitó a la paciente ingresar un momento previo, para de esta manera proceder a la realización de la respiración consciente. Al finalizar dicha ponencia la adolescente expresó las respectivas conclusiones

Cabe mencionar que, la paciente se mostró segura, es decir, manifestó control ante ciertos factores externos causantes de signos ansiosos, como interrupción del público para generar preguntas, estableciendo respuestas de forma empática y calmada. Al momento de escuchar

sugerencias o comentarios, emitió agradecimiento en lugar de verbalizar varias veces la palabra “perdón”. Mayor desenvolvimiento en distintos elementos paralingüísticos (entonación apropiada, tono de voz moderado y mirada focalizada ante el público).

Del mismo modo, la comunicación, fue espontánea y con naturalidad atrayendo el interés de los oyentes; el control de las pausas fue idóneo, sin llegar a exagerar. El nivel de ansiedad comentando por la adolescente al iniciar la exposición correspondió a 4, en el desarrollo de la misma experimentó un nivel de 2, sobre todo en el momento de interrupción al generar preguntas, 3 al instante de recibir sugerencias o comentarios llegando finalmente a 1. También, la adolescente manifestó que la organización previa, conjuntamente con ejercicios de relajación ejecutados en sesiones anteriores y las autoinstrucciones le permitió adquirir mayor seguridad. Los logros alcanzados: valiente, empática, espontánea, seguridad, control de ansiedad y pensamientos.

Observaciones:

Ciertas dificultades en la fluidez del habla, ya que en momentos exteriorizó perturbaciones como palabras de relleno: “este, uhmm”. Además, expresó nerviosismo o ansiedad a través de risas, lo cual no correspondió a la seriedad del tema.

SESIÓN 18

Fecha: 15/08/2020

Objetivo general: Promover el bienestar psicológico del adolescente.

Objetivo específico: Promover el awareness integral sobre las experiencias pasadas

Potenciar rasgos de personalidad.

Actividad:

Se ejecutó la actividad denominada “El árbol”, escribiendo en partes específicas del dibujo, ciertos elementos: lo que deseo obtener, experiencias positivas y fortalezas. A continuación, se desarrolló la estrategia “Semáforo”, estableciendo una manera eficaz para el control de pensamientos distorsionados o conductas inadecuadas.

Evolución:

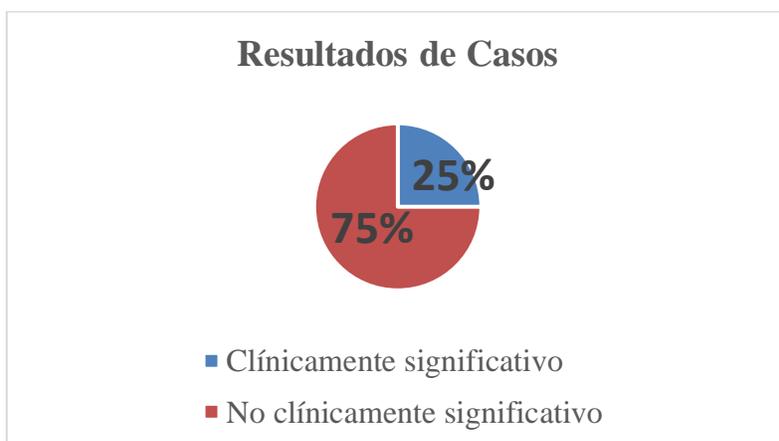
50 minutos. La adolescente participó activamente en las distintas actividades, llevándola, al mismo tiempo a reflexionar acerca de los distintos aspectos obtenidos o evidenciados en relación a sí misma, manifestando que “siento que he conseguido darme cuenta que soy capaz de muchas cosas y también que puedo manejar mis pensamientos porque las exposiciones fueron las que más me ayudaron, sobre todo, a vencer mi temor al presentarme ante un público, conseguí seguridad y orden en distintas cosas de mi vida como mis horarios de sueño”.

Así mismo, estableció preguntas con respecto a la ejecución de la estrategia “Semáforo” en la vida cotidiana. Para esto, se ejemplificó a través de eventos problemáticos experimentados por la paciente, generando de esta manera, comprensión con respecto a la actividad: “entonces cuando tengo un pensamiento negativo puedo respirar, luego puedo pensar cómo podría actuar en la situación negativa y después actúo, para no causarme daño o atender a mi estado de ánimo, eso me serviría mucho”.

Por otro lado, no se presenciaron signos de ansiedad verbales, sin embargo, a nivel corporal se evidenció enrojecimiento al momento de describir en la primera estrategia, lo que desea obtener.

Observaciones:

Anexo 26: Resultados de casos (cuantitativos)



Elaborado por: Alexandra León y Gabriela Duy.

Anexo 27: Protocolo de trabajo de titulación

GUIA PARA LA ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA/PROTOCOLO DE TRABAJO DE TITULACIÓN¹

1. DATOS GENERALES

Nombre del estudiante Duy Farfán Gabriela Dayana León Paredes Viviana Alexandra			
Código Duy:78189 León:77953	Teléfono convencional 07-286-6681 07-411-2545	Teléfono celular 097 929 1650 096 743 0428	Correo electrónico gabrieladuyf@gmail.com vivi_1224@hotmail.es
Director sugerido Mg. Moyano Moyano Mario			
Teléfono celular 099 976 7039		Correo electrónico mariomoy@uazuay.edu.ec	
Tribunal designado (de acuerdo a la normativa de la Facultad)		Mg. Mario Moyano	
Fechas de Aprobación		Junta académica: MM/DD/AÑO	
		Consejo de Facultad: MM/DD/AÑO	

DATOS SOBRE LA INVESTIGACIÓN	
Línea de Investigación Asesoría e Intervención psicológica	Código 0915
Tipo de trabajo (señala una de la opciones que prevé el Reglamento de Régimen Académico) (x)Proyecto de investigación ()Estudio comparado ()Producto artístico ()Plan de negocios ()Trabajo experimental ()Proyecto integrador ()Propuesta metodológica ()Dispositivo tecnológico ()Proyecto técnico	
Título propuesto: Diseño de una propuesta de intervención terapéutica en adolescentes con ansiedad social en el Centro Integral de Desarrollo Humano "DHUM" a través del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.	
Estado del Proyecto:	Nuevo

¹Propuesta realizada por Caroline Avila, con base al documento presentado por el Consejo Académico y al protocolo de diseño de tesis elaborado por Gustavo Chacón.

2. CONTENIDO

2.1 Resumen:

La investigación ha realizar, ha surgido de un déficit en cuanto a estudios entre la ansiedad social y la personalidad desde un modelo integrativo, motivo por el cual, existe una sobregeneralización en cuanto al tratamiento de la ansiedad en general. Por esta razón, se ha planteado diseñar una propuesta de intervención terapéutica para adolescentes de 14 a 16 años de edad con ansiedad social en el Centro DHUM, a través del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad. Cabe mencionar, que está orientada al enfoque cualitativo con un tipo de investigación prospectiva y explorativa, por lo que se implementará las escalas LSAS, SPIN, entrevistas y registros terapéuticos; esperando así aportar con estrategias o técnicas válidas y adaptadas para el tratamiento del TAS en relación directa con la personalidad.

2.2 Problemática:

El Centro Integral de Desarrollo Humano (DHUM), nace en noviembre del 2003, ya que los Magister Mario Moyano Moyano, Cristian Vega y Mario Alemán acuerdan en la creación de un Centro privado con un grupo de jóvenes profesionales recién graduados, el cual estaba conformado por los psicólogos clínico, organizacional y otros profesionales en el campo de educación. Ante esto, se establece una propuesta de las áreas que serían parte del equipo multidisciplinario dentro de la institución. Por lo cual, en el año 2004 empieza a laborar el establecimiento, brindando servicios en el área psicológica y pedagógica en la ciudad de Cuenca; este se encontraba ubicado en el sector “Todos Santos” con una jornada vespertina. Además, se establece una fusión con profesionales en áreas de recuperación pedagógica y estimulación temprana. Por otra parte, ingresa Johanna Ortega, magíster en psicología clínica, en el año 2005, convirtiéndose en directora de dicho establecimiento hasta la actualidad. Cabe mencionar, que a nivel de la ciudad de Cuenca fue uno de los primeros centros con un equipo multidisciplinario centrado en la salud mental. La institución se enfoca en diferentes tipos de abordajes psicológicos, tales como la terapia integrativa focalizada en la personalidad, terapia en pareja, infanto - juvenil, orientación familiar, psicopedagogía, asesoramiento legal y organizacional. El departamento de psicología clínica como tal, atiende alrededor de 180 pacientes al mes. Las mayores demandas de patologías son: depresión,

ansiedad, conflictos inter e intrapersonales como consecuencia de disfunciones a nivel de la personalidad y problemas conyugales.

El problema que se ha observado es la inexistencia de un protocolo específico para el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) combinado con rasgos de personalidad, por eso se genera la necesidad de creación de este, ya que, ésta carencia ha generado la aplicación de diversas técnicas/métodos a todo tipo de población, razón por la cual existe una sobregeneralización en cuanto al tratamiento de la ansiedad en general. Cabe mencionar, que la creación de dicho protocolo se basará únicamente en sujetos escogidos bajo características de inclusión y exclusión; por lo tanto, no servirá para toda la población con TAS sino netamente a adolescentes entre 14 y 16 años de edad con los síntomas y rasgos de personalidad, evidenciados en la población que participará en este proyecto de investigación.

A lo largo del tiempo se ha reflejado una minoría de estudios o investigaciones sobre TAS, en el que su eje central es la correlación con estilos, trastornos y rasgos de la personalidad, los mismos que son sumamente importantes al momento de formar una alianza terapéutica, diseñar un plan terapéutico y establecer un pronóstico de la población diagnosticada con dicho trastorno (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias, & Guillén, 2010).

La posmodernidad ha generado el auge de la ansiedad social en adolescentes causando déficits en el desempeño académico, social y familiar. Por esta razón, se ha considerado trascendente proponer una intervención terapéutica centrada en dicha patología con el propósito de analizar la personalidad predominante en los sujetos seleccionados y desarrollar técnicas específicas que contribuyan al manejo idóneo del proceso terapéutico.

2.3 Estado del Arte y Marco Teórico:

Para obtener una visión más clara sobre la temática, es necesario analizar diversos estudios que tengan una relación directa con los objetivos planteados, por lo cual, se describirán las investigaciones más afines.

Según Olivares (2011), en su estudio ‘Catorce años de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (1997-2011)’, realiza una investigación mixta, en la cual evalúa a 566 participantes en 3 fases; la primera consta de la aplicación de dos Escalas (SAS-A y SPAI), la segunda fase tiene como objetivo citar individualmente a los participantes que obtuvieron la puntuación necesaria correspondiente a TAS, para aplicar la entrevista The anxiety

Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-IV C; Silverman y Alabano, 1997 en Olivares, 2011); al finalizar dicha entrevista, se informa a los adolescentes y sus representantes sobre los resultados de las evaluaciones, seguido de una remisión escrita de dichos resultados al centro educativo. La tercera fase se evalúa correlatos como la autoestima, la adaptación al medio social, las dificultades interpersonales, etc., así como la percepción que tienen profesores y padres del comportamiento de los adolescentes. Posteriormente se procede a aplicar el programa de Intervención en Adolescentes con Fobia Social (IAFS). Como resultado de la investigación se reafirma la importancia de la detección e intervención temprana de la fobia social generalizada ya que, se demostró que 77% dejaron de cumplir los criterios diagnósticos en el postest, y en el seguimiento a los 12 meses se volvió a evaluar al 89% de los participantes, constatándose que el 96% mantenían sus beneficios.

Además, Antona, Delgado, García y Estrada (2012), en su estudio 'Adaptación transcultural de un tratamiento para la fobia social: un estudio piloto' el objetivo principal fue adaptar un protocolo de tratamiento español denominado 'Intervención en Adolescentes con Fobia Social' (IAFS) a jóvenes adultos mexicanos que presentaban un diagnóstico de TAS, debido a que existen escasos datos acerca de trabajos españoles aplicados en otros países, la presente investigación pretendió cubrir esta laguna e igualmente conocer la eficacia de dicho método en la población seleccionada de origen mexicano. La metodología consistió en un estudio mixto, en el cual se utilizó una muestra formada por 27 estudiantes universitarios, sin previo tratamiento, 14 recibieron la intervención propuesta, mientras que 13 formaron el grupo control, en el área cualitativa se empleó para ambos grupos la entrevista clínica ADIS IV basada en el DSM IV, así como las Escala de Miedo a la Evaluación Negativa, de Estrés-Evitación Social, la de ansiedad en Interacciones sociales y la Escala de Inadaptación. Dicho tratamiento contó con 12 sesiones, llevadas a cabo una vez por semana, el mismo que engloba educación sobre el trastorno y tratamiento, desarrollo de habilidades sociales, técnicas de reestructuración cognitiva basadas en las estrategias de Beck y exposición en vivo e igualmente se incluyeron autoregistros para evidenciar la evolución de los participantes. Los resultados obtenidos fueron positivos a pesar de que 9 de 14 participantes lograron concluir el estudio, es decir, dejaron de cumplir los criterios diagnósticos para dicho trastorno.

Por otra parte, Krebs; Gonzáles; Rivera; Herrera; Melis (2012), en su estudio cuantitativo ‘Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad’ el objetivo central fue detectar los factores de riesgo y/o protectores para el enganche del paciente a psicoterapia. La investigación se realizó en el contexto de un Programa de Trastornos de Ansiedad de un centro de salud mental universitario de Chile. Los resultados obtenidos permitieron evidenciar la presencia de una asociación entre NSE (nivel socioeconómico) y adherencia: los pacientes con NSE alto (100%) tienden a permanecer en psicoterapia que aquellos que corresponden a un nivel socioeconómico medio (35,1%) y bajo (33,3) e igualmente el grupo de pacientes que presenta un mayor nivel de ansiedad antes o al inicio del tratamiento permanece un 16%, siendo mayor el abandono en esta población. La variable de inasistencias avisadas previamente al tratante resultó ser un factor protector de la adherencia en el proceso terapéutico.

Del mismo modo, D’Alessandro; Garay; Rosales; Donatti; Korman; Etchevers (2013), en su investigación ‘Evidencia empírica de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico de la fobia social (trastorno de ansiedad social)’ manifiestan que su objetivo fue relevar estudios empíricos disponibles del Tratamiento Combinado (TC) en adultos, utilizando la base de datos de EBSCO, PubMed, Cochrane Collaboration y el Portal de Búsqueda de la Biblioteca virtual en Salud. Como resultado de la revisión, se hallaron 8 estudios controlados y aleatorizados, que combinan diversos tipos de abordajes psicosociales con tratamientos farmacológicos. Para determinar qué técnicas podrían emplearse en la práctica clínica, se comparó dichos estudios y el compendio de éstos se pone al conocimiento en general de la siguiente manera: para el tratamiento farmacológico se concluyó que los más idóneos a utilizar son los IRSS: sertralina y fluoxetina, IMAO: fenelzilina y maclobemida, y d-cycloserina), mientras que los abordajes cognitivos conductuales más efectivos son: TCC grupal, terapia de exposición. Cabe mencionar que, el TC en los estudios hallados mostró resultados superiores o similares a la monoterapia para el tratamiento de ansiedad social; sin embargo, con algunas variaciones en los estudios con seguimiento producían que la TC se equipare a la psicoterapia o incluso se ubique por debajo de la misma. De igual manera, la monoterapia farmacológica a largo plazo evidenció mayor tasa de recaídas, lo que generaba una disminución en su eficacia.

Finalmente, Wagner, Pereira, Oliveira (2014), en su estudio ‘Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales’, realizan un estudio de tipo mixto, en el cual participaron 32 estudiantes universitarios, quienes tenían que alcanzar una puntuación mínima en el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) y la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz, versión autoinforme (Liebowitz Social Anxiety Scale, Self-Report, LSAS-SR) para ser considerados fóbicos sociales. Posteriormente, se divide en dos grupos para poner a prueba el programa de 10 sesiones semanales, cada uno con dos horas de duración; ulterior a ello, se lleva a cabo el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) compuesto con los siguientes contenidos: autoconocimiento y habilidades de presentación, relaciones interpersonales y habilidades para charlas y conversaciones, habilidades asertivas, habilidades de expresión de afecto y empatía, habilidades ante el conflicto, saber convivir con el estrés, pensamiento crítico y creativo, la toma de decisiones y la solución de problemas. Los resultados ponen en evidencia tanto la eficacia del programa de EHS como la sensibilidad del CASO-A30 y la LSAS-SR para medir los cambios pre/postratamiento en la ansiedad social general.

MARCO TEÓRICO

La siguiente investigación tiene como primacía abordar el Trastorno de Ansiedad Social (TAS), sus antecedentes históricos, definiciones, factores etiológicos características clínicas, criterios diagnósticos y diferenciales, así como los instrumentos psicológicos más afines, tipos de evaluación que suelen ser utilizados para medir la gravedad de los síntomas o signos. Toda esta información tiene el objetivo de brindar un estudio profundo en cuanto al TAS, de manera que el o los lectores tengan una amplia visión acerca del tema con total claridad.

La fobia social no había sido reconocida como entidad clínica hasta que en el año de 1980 fue descrita y publicada por el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-III), sin embargo, en ciertos textos remotos se han recogido casos de sujetos que presentaban conductas o comportamientos que iban más allá de una simple introversión, tal es el caso de la obra ‘Anatomía de la Melancolía’ escrita por Robert Burton en 1945, en esta menciona a un paciente atendido por Hipócrates, quien evitaba constantemente entablar conversaciones con otros, ya que temía usar erróneamente algún gesto mientras hablaba y de

esta manera producirle la deshonra ante la persona o personas que lo escuchaban. La evitación excesiva del contacto ocular fue descrita por Beard, citado por Marks quien mencionaba que dicha actitud estaba relacionada con un temor mórbido a ser juzgado por otros. En Europa por primera vez la Fobia Social fue descrita ampliamente por Marks y Gelder en 1966, entendiéndola como un padecimiento que abarcaba síntomas como miedo a presentarse ante un público, a comer en restaurantes, a encontrarse con hombres o mujeres, a ir a fiestas o bailes por el temor a ruborizarse o a presentar temblores en distintas partes de su cuerpo. Dicho trastorno empezó a tener relevancia a finales de los años ochenta; sin embargo, en América del Norte su evaluación y diagnóstico ha sido primordial a partir de los años 70 y 80; a pesar de ello, las investigaciones realizadas en dichos años son fundamentales para abordar el TAS, especialmente aquellas que están relacionadas con habilidades sociales y entrenamiento asertivo. Se han establecido una serie de razones por las que la fobia social se ha tardado varios años en no ser reconocida de manera clínica, una de ellas está relacionada con los escasos estudios con respecto a tratamientos de dicho trastorno, así como la evitación a interactuar con extraños incluyendo a un terapeuta y los trastornos comórbidos presentes, los cuales posicionan a la ansiedad social en segundo plano. Cabe mencionar, que una de las razones más importantes son las actitudes ansiosas ante situaciones sociales que son experimentadas a nivel universal, por lo que han sido normalizadas, refiriéndose a muchas de ellas como una simple timidez sin considerar el grado de malestar en las diversas áreas de la vida del sujeto, a pesar de ello, actualmente las investigaciones sobre el tema han incrementado considerablemente (Caballo, Verania, & Bas, 1997).

Por tales hechos, Marshall en Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia y Hofmann (2018) menciona que las personas con ansiedad suelen interpretar las conductas o acciones de los demás como amenazas, competencias o poder ante lo cual reaccionan de manera sumisa, es decir, inhiben sus propias interacciones espontáneas, prestan atención de forma ansiosa y tratan de agradar. Ante la hipersensibilidad tienden a protegerse acudiendo a conductas evitativas como el apartarse del grupo o las situaciones sociales. Por consiguiente, en su implacable vigilancia en lo que perciben como su debilidad con respecto a los demás, desencadena en TAS. Además, un temor primitivo y fundamental de los seres humanos es el rechazo del grupo social, lo cual corresponde a sobrevivir solo en un ambiente potencialmente peligroso, que podría llevarlo a la muerte, por lo que una persona con dicho

trastorno supone de manera errónea que ante toda circunstancia social corre un riesgo de vida o muerte. Las personas con ansiedad social suelen presentar expectativas de éxito más baja que el resto de la población.

Shumaker, Rodebaugh y Yap en Bados (2017) manifiestan que la ansiedad y el miedo a la evaluación negativa por parte de los demás no están relacionados con las metas personales autoimpuestas, pero sí con la autoevaluación crítica o incomodidad por no alcanzar las metas personales o imputadas por otros, lo cual se conoce como perfeccionismo disfuncional. La autocritica está estrechamente relacionada con la gravedad del trastorno.

Dentro de la misma área, Caballo et al. (2018) indican que, en el TAS el temor principal corresponde a la evaluación negativa realizada por los demás en un contexto social, como puede ser en una reunión, charla, una cita con alguien, el interactuar con desconocidos, etc. Ante dichas situaciones la mayor preocupación de la persona con ansiedad social es ser valorada negativamente por otros ya sea por su actuación, desempeño o por manifestar síntomas físicos como rubor facial, sudoración, temblor de las manos, etc.

Por otra parte, Pierre Naveau del enfoque psicoanalítico considera que:

La fobia social en la psicosis como un intento de defensa frente a un lazo social amenazante, que busca borrar la enunciación del sujeto. Es decir, no solo se produce una respuesta automática, sino una respuesta singular del sujeto, la cual podremos determinar cómo una angustia fundamental para todo síntoma y ésta se vinculará con las relaciones esenciales del deseo del Otro (Blanco J. , Bolpe, Erbeta, González, & Volta, 2015, págs. 235-236).

Además, Freud afirmó lo siguiente:

La ansiedad es como una transformación tóxica de nuestras energías, de un Ello que necesita determinadas cosas y que no puede alcanzar ni satisfacer. Además, la angustia proviene del Superyó, es ese mundo social interno que todos tenemos donde se orquestan nuestros «debería», nuestros «mandatos inconscientes» y ese miedo o vergüenza al fracaso (Sabater V. , Tipos de ansiedad según Sigmund Freud, 2018, pág. 1).

Mientras tanto en el enfoque cognitivo-conductual se manifiesta que “para algunas personas, la ansiedad puede llegar a resultar abrumadora, caracterizada por excesivas y persistentes sensaciones de aprensión, zozobra, tensión y nerviosismo frente a unas

situaciones cotidianas que la mayoría de la gente afronta sin mayores problemas” (Clark & Beck, 2018, págs. 15-16).

Desde una visión constructivista fenomenológica hermenéutica Arciero y Bondolf en Schaefer y Rubí mencionan que en la ansiedad social operan dos sistemas, por un lado, se encuentra la orientación outward (externamente orientado) e inward (internamente orientado) acompañadas por un estilo de personalidad denominada “hipocondríaco-histérico”, el cual promueve la inclinación de la persona a tales funcionamientos.

Cuando se habla de ansiedad social, parece existir una preparación evolutiva para temer las expresiones faciales de ira, crítica y rechazo; sin embargo, no se puede ignorar la teoría de la preparación biológica de las fobias, la cual tiene una serie de problemas y limitaciones, pero para hablar de éstos, deben hallarse el o los estímulos potencialmente fóbicos que se asocien al menos una vez con una experiencia aversiva, directa o indirecta. Por tanto, aunque las expresiones faciales sean más fácil de temer por preparación biológica, por prepotencia evolutiva y/o por otros factores, lo verídico es que existe una susceptibilidad en la especie humana a la crítica y a la desaprobación social y que todos experimentan ansiedad social en algún punto de su vida, principalmente en la adolescencia (Bados, 2017).

Es imperioso mencionar que, las experiencias estresantes constituyen una de las variables importantes para la adquisición del TAS, las cuales incluyen acontecimientos que podrían llegar a desencadenar la ansiedad social, uno de estos corresponden al acoso escolar, teniendo en cuenta que el niño manifieste inhibición conductual (vulnerabilidad biológica), sobreprotección por parte de los padres o cuidadores (vulnerabilidad psicológica); por lo tanto, estas tres variables favorecerían al desarrollo del TAS a temprana edad, así como también el abuso sexual, el maltrato por parte de los padres/cuidadores, ser criticado por los maestros en clase, entre otros (Caballo, Salazar, Garrido, Iurria, & Hofmann, 2018).

Un aspecto importante al explicar el origen del TAS es la interrelación entre factores biológicos y psicosociales en un individuo. Con respecto a los primeros, se debe considerar la heredabilidad; es decir, familiares en primer grado con trastornos de ansiedad; un tipo de temperamento denominado inhibición conductual, lo cual hace referencia a sujetos que nacen con un umbral más bajo para la activación, por lo que tienden a ser vulnerables ante el frío, el hambre, a la inseguridad y a la enfermedad; una elevada activación del sistema nervioso autónomo y mayor sensibilidad a la ansiedad (mostrar temor cuando experimentan síntomas

físicos). Con respecto al segundo, puede comprenderse analizando la educación que recibieron por parte de sus tutores legales, lo cual engloba habilidades de afrontamiento, las experiencias que vivieron, los estilos de crianza caracterizados por el perfeccionismo, exigencias o aquellas en las que se impone la vergüenza como un método de educación sesgado. De la misma manera, la disciplina impuesta por los cuidadores o padres, las experiencias con los progenitores, demás familiares y el contexto sociocultural que rodea a la persona conllevan a que construya patrones de pensamiento rígidos con respecto a las interacciones sociales, ocasionando que el individuo sea psicológicamente más vulnerable ante distintas situaciones sociales estresantes. Además, existen tres vías de aprendizaje de los miedos. La primera consiste en el aprendizaje por observación, los primeros modelos del niño son los padres o cuidadores, por lo tanto, el menor, contempla las diversas formas en que sus progenitores afrontan situaciones sociales y la manera en que manejan la ansiedad. La segunda hace referencia al condicionamiento clásico, es decir, los miedos sociales que son neutros (exponer en clases) se convierten en circunstancias aversivas condicionadas mediante una asociación con situaciones aversivas incondicionadas (ataque de pánico) o con estímulos que han sido reforzados (una crítica). Finalmente el aprendizaje por información que se concreta mediante frases o mensajes con respecto a situaciones sociales, utilizados por los padres o adultos del entorno (“no debes ir diciendo todo lo que piensas”) (Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia, & Hofmann, 2018).

Investigadores suecos sometieron a pruebas neurológicas a un grupo de personas, las cuales englobaban a 14 hombres y 12 mujeres que presentaban un diagnóstico de fobia social, los resultados revelaron que segregan un alto nivel de serotonina en la amígdala, la cual corresponde al centro del miedo en el cerebro, por ende, la actividad nerviosa en dicha estructura es mayor en las personas que presentan el trastorno mencionado, concluyendo así que el centro del miedo en su cerebro es extremadamente sensible (Frick, y otros, 2015).

Según el Modelo explicativo de Barlow en Bravo, Padrós (2014) el individuo con TAS a nivel hereditario podría adquirir una vulnerabilidad biológica a presentar ansiedad o una tendencia a manifestar un comportamiento socialmente inhibido. Otro de los hechos que podrían generar dicho trastorno es experimentar un ataque de pánico inesperado (falsa alarma) al momento de estar expuesto ante una tensión intensa en una determinada situación social, lo cual provocaría que el individuo experimente niveles altos de ansiedad en contextos

similares debido a la creencia errónea de volver a vivir otro episodio de la misma magnitud; sin embargo, la persona podría encontrarse en una situación traumática real, provocando una ansiedad condicionada al exponerse a las mismas circunstancias sociales o similares. Ante estos aspectos, la persona es reforzada por una alarma aprendida ya sea falsa (producen ansiedad en ausencia de un objeto o situación relacionada con un peligro real) o verdadera.

Por otro parte, según APA (2014) los criterios clínicos que debe cumplir una persona para ser diagnosticada con TAS son:

- K) Miedo o ansiedad intensos 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 (mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (dar una charla).
- L) 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 ofendan a otras personas).
- M) Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- N) Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa
- O) El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- P) El miedo, la ansiedad o la evitación es persistentes y dura típicamente seis o más meses.
- Q) El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- R) El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento) ni a otra afección médica.
- S) E 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.
- T) Si existe otra enfermedad (enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.

Además, se debe tener presente el diagnóstico diferencial del mismo autor:

Timidez normal: la timidez es un rasgo de la personalidad común y no es patológico en sí mismo, incluso se evalúa de forma positiva. Sin embargo, se debería considerar un trastorno cuando exista un impacto negativo considerable en las áreas sociales y laborales y en otras áreas importantes del funcionamiento.

Agorafobia: estas personas pueden temer y evitar las situaciones sociales cuando perciben que podría ser difícil escaparse o contar con ayuda en caso de presentar síntomas similares al pánico, mientras que las personas con TAS presentan temor a las evaluaciones negativas; además una persona con TAS es capaz de guardar la calma si se los deja solos, pero un agorafóbico no.

Trastorno de pánico: las personas con TAS pueden tener crisis de pánico, pero la preocupación es por el miedo a una evaluación negativa, mientras que en el trastorno de pánico la preocupación se centra en las crisis de pánico en sí mismas.

Trastorno de ansiedad generalizada: las preocupaciones sociales son comunes en el trastorno de ansiedad generalizada, pero la atención se centra en la naturaleza de las relaciones existentes en lugar de en el miedo a la evaluación negativa. Se puede tener una preocupación excesiva por la calidad de su desempeño social, pero esas preocupaciones están ligadas a la conducta no social y con situaciones en las que el sujeto no está siendo evaluado por los demás.

Trastorno de ansiedad por separación: pueden evitar entornos sociales, porque les preocupa la separación de las figuras de apego; es decir, estas personas se sienten cómodas y seguras cuando sus figuras de apego se encuentran en casa, mientras que una persona con TAS puede sentirse incómoda en su casa o ante la presencia de las figuras de apego.

Fobias específicas: pueden temer a la vergüenza o a la humillación, pero generalmente no muestran temor a la evaluación negativa en otras situaciones sociales.

Mutismo selectivo: pueden no hablar por miedo a la evaluación negativa, pero no sienten miedo a dicha evaluación en las situaciones sociales en que no se requiere hablar.

Trastorno depresivo mayor: a ellos les puede preocupar que los demás les evalúen negativamente porque sienten que son malos o que no son dignos de ser queridos.

Trastorno dismórfico corporal: están preocupados por uno o más defectos percibidos en su aspecto físico que no son observables por los demás, esta preocupación causa por lo

general ansiedad social y evitación. Si sus miedos sociales y la evitación son causados únicamente por sus creencias sobre su apariencia, no se justificaría un diagnóstico independiente de TAS

Trastorno delirante: pueden tener delirios no extravagantes y alucinaciones relacionadas con un tema delirante que se centra en ser rechazado u ofender a los demás.

Trastorno del espectro autista: la ansiedad social y los déficits de la comunicación social son característicos del trastorno del espectro autista.

Trastornos de la personalidad: el trastorno que aparentemente más se superpone es el trastorno de personalidad evitativa. Los individuos con trastorno de personalidad evitativa tienen un patrón de evitación más amplio que las personas con TAS. Sin embargo, el trastorno de ansiedad social presenta típicamente comorbilidad con el trastorno de personalidad evitativa que, con otros trastornos de personalidad, y el trastorno de personalidad evitativa presenta más comorbilidad con el trastorno de ansiedad social que con los otros trastornos de ansiedad.

Otros trastornos mentales: los miedos sociales y el malestar social pueden formar parte de la esquizofrenia, pero existe evidencia de la presencia de otros síntomas psicóticos. En los individuos con trastorno de la alimentación, antes de realizar un diagnóstico de trastorno de ansiedad social es importante determinar que el miedo a una evaluación negativa de los síntomas o comportamientos del trastorno no debe ser la única fuente de ansiedad social. Del mismo modo, el trastorno obsesivo-compulsivo puede estar asociado con la ansiedad social, pero el diagnóstico adicional de TAS solo se utiliza cuando los miedos sociales y la evitación son independientes de los focos de las obsesiones y compulsiones.

Otras condiciones médicas: las enfermedades médicas pueden producir síntomas que pueden ser embarazosos. Cuando el miedo a la evaluación negativa debido a otras afecciones médicas es excesivo, se debe considerar el diagnóstico de TAS.

Trastorno negativista desafiante: la negativa a hablar debido a una oposición hacia las figuras de autoridad debe diferenciarse de la incapacidad para hablar por temor a una evaluación negativa.

En cuanto a la OMS (1992) las pautas para el diagnóstico de Trastorno de fobia social, se presentan a continuación:

- D) Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- E) Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- F) Es muy llamativa la evitación de estas situaciones fóbicas.

Para el diagnóstico diferencial:

Hay que tener en cuenta que con frecuencia los síntomas agorafóbicos y depresivos son destacados y que ambos tipos pueden contribuir a que el afectado se recluya en su hogar. Si la distinción entre fobia social y agorafobia fuera muy difícil, debe darse preferencia al de agorafobia. No debe hacerse un diagnóstico de depresión, a menos que pueda identificarse claramente un síndrome depresivo florido (OMS, 1992, pág. 173).

Las personas con TAS muestran generalmente manifestaciones en los tres sistemas de respuesta del organismo. Por una parte, el conductual/motor como el comportamiento frío, distante y tenso con desconocidos, escape de las situaciones sociales temidas, vigilancia y alerta constantes ante amenazas sociales potenciales, contacto ocular escaso con extraños, reaccionan mal a los comentarios sugerentes de ridículo o burla, etc. Por otra, el emocional/fisiológico en el que se manifiestan las palpitaciones, tensión muscular, rubor facial, sudor, náuseas o mareos, sensación de desmayo. Y, finalmente, el cognitivo/verbal caracterizado por exageración de los riesgos asociados a nuevas actividades; bloquearse; autoverbalizaciones negativas; hipervigilante ante las reacciones de los demás (Caballo, Salazar, Garrido, Irurtia, & Hofmann, 2018).

En cuanto a los síntomas cognitivos del TAS en adolescentes se pueden mencionar los siguientes: miedo a perder el control, a ser incapaz de hacer frente a la situación; miedo a lesiones y muerte; miedo a “volver loco”; miedo a una evaluación negativa por parte de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad y desapego; falta de concentración, confusión; distracción; mala memoria; dificultad para razonar, pérdida de objetividad. Los síntomas conductuales se caracterizan por la evitación de indicadores (o situaciones) de amenaza; escape, huida; búsqueda de seguridad y tranquilidad; inquietud, agitación, andar de un lado para el otro; hiperventilación; quedarse

inmóvil; dificultad para hablar. Los síntomas emocionales destacan por causar en el individuo síntomas nerviosos, tensos, alterados, asustados, temerosos, aterrorizados, quisquillosos, irritables, fastidiosos, impacientes y frustrados (Clark & Beck, 2018).

Además, con respecto al área cognitivo-conductual es necesario mencionar que existen una serie de supuestos relacionados con sí mismos y el entorno social, como lo son: normas excesivamente altas de actuación social (siempre debería tener interesante que decir); creencias condicionales acerca de las consecuencias de determinada actuación (sí me pongo nervioso van a pensar mal de mí y me van a rechazar); creencias negativas incondicionales acerca de sí mismo (no soy suficientemente hábil) (Bravo & Padrós, 2016).

Del mismo modo, los individuos con ansiedad social construyen una representación mental de cómo los ven los otros incluyendo imágenes negativas y distorsionadas de sí mismo, visto desde la perspectiva de un observador. Estas imágenes están relacionadas con recuerdos tempranos de sucesos sociales desfavorables, como haber sufrido acoso, por lo que critican su comportamiento con crueldad. Por otro lado, el temor a la evaluación positiva puede desarrollarse a partir de una actuación social exitosa en la que el sujeto mantenga pensamientos de “ahora todos van a esperar más de mí, pero no sé si pueda hacerlo”, por tal razón prefieren mantener un perfil de estatus social bajo (Barlow D. , 2018).

Ahora bien, hay quienes optan por lidiar con sus síntomas porque no pueden evitarlos; sin embargo, las consecuencias de dichas acciones generan mayores niveles de malestar a largo plazo. Posteriormente, el sujeto adopta comportamientos de seguridad como ir a una fiesta, sólo si asiste un amigo con quien se siente a salvo; lo que considera una estrategia para permanecer dentro de la interacción social, no es más que un engaño, ya que, al continuar con estas conductas no genera nuevas formas adaptativas de hacer frente a la ansiedad (Caballo, Salazar, Garrido, Iurrtia, & Hofmann, 2018).

No obstante, en el área de personalidad, los adolescentes con TAS suelen destacar por un rasgo temperamental denominado inhibición conductual (IC), el cual es consistente y está determinado biológicamente por lo que, en la relación contextual, estas personas experimentan niveles altos de estrés y ansiedad en las actividades que impliquen interactuar con otros, permaneciendo con una conducta retraída y dificultades de adaptación a largo plazo. También los niños con padres que presentan trastornos de ansiedad son propensos a

desarrollar IC y patologías similares a las de sus progenitores (Ordóñez, Espinosa, García, & Muela, 2013).

Cabe mencionar que la timidez, como un rasgo, consiste en responder con ansiedad, mayor conciencia de sí mismo como ser social y retraimiento, por lo que un individuo con un elevado rasgo de introversión tiende a experimentar mayor activación en situaciones sociales, de tal forma que, la ansiedad social se correlaciona con los comportamientos de dicho rasgo, sin embargo, la timidez y el TAS se diferencian por el grado de deterioro social y laboral, el cual es mayor en el trastorno e igualmente su condición es crónica ya que la timidez podría aparecer en etapas tempranas de la vida y luego desaparecer, por lo tanto los síntomas son clínicamente significativos en la ansiedad social, destacando la evitación (Caballo, Salazar, Garrido, Iurrtia, & Hofmann, 2018).

Por otro lado, la variable sexual, la cual está estrechamente relacionada con la vida sentimental de la persona que sufre dicho trastorno suele encontrarse deteriorada, es decir, a diferencia de sus pares no ansiosos tienen un número reducido de parejas e incluso su probabilidad de contraer matrimonio o involucrarse en relaciones formales es baja incluyendo la comparación con individuos que presentan otro tipo de trastornos ansiosos (agorafobia y trastorno de pánico), esto debido a sus creencias con respecto al desempeño social, e incluso los niveles de ansiedad suelen ser más elevados frente a una persona que consideran atractiva ya que intentan juzgar el grado en que la representación mental de su apariencia y conducta coincide con los estándares establecidos por los otros. Por supuesto, dadas las distorsiones cognitivas relacionadas con sí mismos, es posible que lleguen a la conclusión de que no podrán alcanzar tales expectativas, recurriendo a la evitación (Barlow D. , 2018).

En relación a lo anterior, la adolescencia es la etapa en la que el desarrollo social se entiende como la búsqueda de una comprensión consistente de uno mismo, lo cual engloba la identidad sexual, es decir, el pensamiento y las necesidades de relaciones amorosas comienzan alrededor de los 13 y 14 años, por lo que, algunos adolescentes se ven atraídos por el sexo opuesto, sin embargo, muchos de ellos perciben como atractivos a pares del mismo sexo. Obviamente la cultura ejerce una influencia poderosa, no sólo en relación con la aceptación social sino también respecto a la autoaceptación. En todo el mundo adolescentes homosexuales prefieren emparejarse con individuos del sexo opuesto para

esconder su orientación, ya que, a lo largo del tiempo han sido blancos de humillaciones, rechazo y exclusión social, esta situación emocional se denomina estrés de las “minorías”, lo cual sufre frecuentemente dicha población, ya que, el estigma-discriminación, comienza en el grupo familiar, por lo tanto, son propensos a experimentar ansiedad social y otro tipo de trastornos del ánimo, tal es el caso de la depresión o distimia, sin embargo, existe un número reducido de investigaciones con respecto a la relación orientación sexual y TAS (Campo, Vanegas, & Herazo, 2017).

Cabe resaltar que los tratamientos más aplicados para la ansiedad social son el entrenamiento de habilidades sociales, la terapia cognitiva, el entrenamiento de relajación, la exposición, la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia de apoyo con orientación dinámica y diversas terapias farmacológicas. Sin embargo, el solo combinar la exposición y la reestructuración cognitiva es una intervención efectiva para el TAS (Barlow D. , 2018).

El enfoque cognitivo conductual nos indica que es una psicoterapia breve y estructurada que tiene como foco de atención las experiencias habituales para enseñar al sujeto a modificar pensamientos y creencias emocionales excesivamente negativas, a través de una evaluación sistemática y una planificación netamente conductual (Clark & Beck, 2018).

Además, en una encuesta realizada a personas que presentaban timidez o ansiedad social se encontró que el 84% de las respuestas dadas por dichos sujetos estaban vinculadas con los siguientes tres componentes: aspectos físicos (sensaciones incómodas), aspectos cognitivos (predicciones catastróficas) y aspectos conductuales (evitación de contextos sociales), ante esto, los abordajes cognitivo conductuales promueven que las personas se inclinen a pensar en su ansiedad social basándose en dichas categorías mencionadas. Es decir, el individuo al momento de manifestar ansiedad deberá concentrarse en lo que piensa, siente o hace, lo cual permite que transforme el problema en algo menos angustiante y a preparar el escenario más adecuado para aplicar las técnicas adquiridas a lo largo de la terapia (Antony & Swinson, 2014).

Con respecto al abordaje psicoanalítico se debe resaltar que, a diferencia del modelo cognitivo-conductual, manifiesta que no todas las ansiedades son conscientes, por lo que, no se procura eliminar la ansiedad de la persona, más bien, lo que se intenta hacer es convertirla en otra más sana y evolucionada mediante el descubrimiento de los mecanismos de defensa

utilizados por el sujeto. El psicoanalista debe funcionar como una progenitora empática, pero debe diferenciarse de su paciente y a su vez ofrecerle alternativas menos catastróficas para de esta manera combatir sus miedos infantiles, los cuales abarcan las angustias más profundas. Según Winnicott “no se pretende eliminar ni esquivar la ansiedad, sino que el paciente la reexperimente ya que no puede recuperarla mediante el recuerdo” (Pinto J. , 2014).

Por otro lado, el enfoque sistémico abarca la ansiedad social por medio de la comprensión y modificación de los patrones de interacción y sistemas de creencias familiares que conllevan al desarrollo de dicha patología, ya que la mayoría de estresores son de carácter relacional, sobretodo, dentro del primer núcleo social (familia) al que pertenece el adolescente (Martínez E. , 2011).

Cabe mencionar que, la adición de fármacos a la terapia conductual o cognitivo-conductual ha sido investigada en varios y estudios, por lo que se pudo determinar que en ciertos casos parecían tener diferencias clínicamente significativas, sin embargo, en ciertos estudios el uso de fármacos superaba la eficacia de algunas monoterapias (Bados, 2017).

Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) son tratamientos de primera línea para este trastorno, como lo es el uso de paroxetina (en la mayoría de pacientes en los que el TAS se presenta con un trastorno comorbido, concomitante, como trastorno depresivo, de angustia u obsesivo compulsivo). Por otra parte, las benzodiazepinas (alprazolam, clonazepam y bromazepam) no deben considerarse como un tratamiento primordial, por los efectos adversos que presentan como sedación, alteraciones cognitivas, entre otras. En cuanto a los Inhibidores irreversibles y reversibles de la Monoaminoxidasa (IMAO y RIMA) son considerados como opciones terapéuticas de segunda línea, ya que, debido a su compuesto, era necesario optar por una dieta estricta en la cual se evitaran los alimentos con Tiramina (Baeza Velasco, 2007).

Echeburua-Odriozola y Salaberria-Irizar (1991), en su estudio ‘Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico’ realiza un análisis de diversos métodos empleados para tratar la fobia social; entre estos, destaca la investigación de Heimberg (1991), que puso a prueba un tratamiento grupal cognitivo-conductual, es decir, crea un protocolo de tratamiento denominado Cognitive-Behavioural Group Therapy (CBGT), compuesto de técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y de tareas para casa, para

el manejo de la fobia social. Tras el primer estudio los pacientes muestran una reducción significativa de ansiedad en las medidas conductuales, psicofisiológicas y subjetivas. Finalmente, después de 12 semanas de tratamiento pueden comprobar una mejora clínicamente significativa en el 75% de los pacientes.

García, Alcázar y Olivares (2011), en su investigación ‘Terapia de Exposición Mediante Realidad Virtual e Internet en el Trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una Revisión Cualitativa’ plantean estudiar la relevancia de la realidad virtual e internet en dicho trastorno. En total se recopilaron 24 estudios, de los cuales 6 demostraron eficacia de la realidad virtual en la disminución de la ansiedad en situaciones en las que la persona tiene que hablar en público, así como 9 estudios relacionados con miedo a los entornos públicos, 4 investigaciones vinculadas con el temor a entrevistas de trabajo, 5 estudios que abarcan la efectividad del Internet/ Ordenador o PC en los cuales se incluía programas de auto-ayuda para combatir el TAS. Cabe recalcar, que en uno de ellos se obtuvo que las personas con ansiedad parecen evitar la atención sostenida a los rostros enojados, enfocándose en los felices.

2.4 Hipótesis y / o Preguntas de Investigación:

- ¿Qué resultados se podrán obtener tras la propuesta de intervención para adolescentes con ansiedad social desde el modelo integrativo?
- ¿Qué características serán importantes para la elaboración de una propuesta de intervención?

2.5 Objetivo general:

Diseñar una propuesta de intervención terapéutica para adolescentes de 14 a 16 años de edad con ansiedad social en el Centro de Desarrollo Integral Humano “DHUM”, a través del modelo integrativo ecuatoriano focalizado en la personalidad.

2.6 Objetivos específicos:

- Diagnosticar los cuadros de ansiedad social y los rasgos de personalidad de la población sujeta a estudio

- Proponer una guía de intervención terapéutica desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad.

- Evaluar los resultados obtenidos de la propuesta de intervención terapéutica.

2.7 Metodología:

El diseño de investigación propuesto es experimental, y de tipo prospectivo, ya que se ha seleccionado una temática central, la cual nos ha permitido proponer objetivos generales y específicos, preguntas de investigación, así como la determinación de una problemática concreta. Cabe mencionar, que el alcance esperado es exploratorio y el enfoque planteado para la realización de la investigación es netamente cualitativo; debido a que el trabajo realizado con los seis pacientes será sistematizado por medio de un formato de estudio de casos referidos por el Centro Dhum.

La investigación se desarrollará en el centro mencionado anteriormente, debido a que cada autora cursa actualmente las prácticas pre profesionales, lo cual facilita el acceso tanto a la población como a la información pertinente para la ejecución de la investigación.

Población

La creación de criterios de exclusión e inclusión son necesarios para delimitar la población y poder llevar a cabo un buen trabajo terapéutico.

Criterios de Inclusión:

- Adolescentes de 14 a 16 años de edad
- Moderado nivel de expectativas y motivación
- Predisposición a priorizar el proceso e informar sobre su vida
- El candidato debe haber tenido en su vida una relación interpersonal satisfactoria
- Ser capaz de dar y recibir feedback

Criterios de Exclusión:

- Personas que son reticentes a la aceptación de normas
- Que se encuentre en una situación de crisis aguda y con bajo nivel de tolerancia a la ansiedad y frustración
- Candidatos incapaces de compartir
- Organicidad y bajo nivel de inteligencia

- Un dominio insuficiente de lenguaje
- Pacientes psicóticos
- Patologías crónicas como demencia, esquizofrenia
- Personas con situaciones de enfermedad complicada que no podría movilizarse a las sesiones terapéuticas

Procedimiento

El proceder de la intervención terapéutica constará de cuatro pasos, lo cuales se tratarán a continuación.

Como primer paso se enviarán los consentimientos pertinentes, los mismos que serán verificados. Segundo paso, corresponde a la fase de admisión que consta de evaluaciones y reactivos psicológicos. Tercer paso, se elaborará la planificación del proceso. Finalmente se ejecutarán alrededor de 12 a 15 sesiones tentativamente, las cuales se sistematizarán por un formato de estudio de casos.

Instrumentos y métodos

En cuanto a la evaluación psicológica, constará de dos partes como lo es el resultado inicial (test) y resultado final (post-test). Para ello, se utilizarán escalas con validez y fiabilidad científica.

La escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), consta de 24 ítems y cada uno se evalúa en una escala tipo Likert, el nivel de miedo y evitación que genera cada situación. El análisis factorial exploratorio aísla un componente para la subescala de Ansiedad Social y otro para la de Evitación, logrando evaluar la gravedad del trastorno de ansiedad social, mostrando alta consistencia interna y fiabilidad test-retest para su puntuación Total y las de subescala (Tobías-Imbernón, Olivares-Olivares, & Olivares, 2013).

El Inventario de Fobia Social (Social Phobia Inventory, SPIN) creado por Connor, Davidson, Churchill, Sherwood, Foa, Weisler, consta de 17 ítems que evalúan los tres aspectos más comunes en el trastorno de ansiedad social: temor, evitación fóbica y síntomas autonómicos como rubor, sudor y temblor. Para su corrección cada ítem puntúa de 0 a 4 y el total oscila entre 0 y 68 (Connor, Kobak, Churchill, Katzelnick, & Davidson, 2001).

Cuestionario de Personalidad “SEAPsI”, que consta de algunas frases que identifican a los diversos tipos de personalidad donde el individuo debe marcar según considere. El puntaje que se observa según el mayor número de vistos nos dará una pauta del tipo de

personalidad al que corresponde. Los tipos de personalidad que se evalúan según Balarezo (2010) son:

- Personalidad con predominio afectivo de tipo: histriónica o ciclotímico
- Personalidad con predominio cognitivo de tipo: paranoide o anancástica
- Personalidad con predominio comportamental de tipo: impulsivo o disocial
- Personalidad con déficit relacional: esquizoide, dependiente, evitativa, esquizotípica

Además, se implementarán consentimientos informados y entrevistas abiertas de manera individual, sin dejar de lado la observación, teniendo presente que nuestros posibles informantes serán los padres de familia y profesores de las instituciones educativas de cada participante.

Por otra parte, la planificación terapéutica será adaptada a las necesidades de cada individuo, con su respectivo informe por sesión, bajo la estructura del modelo integrativo.

3. PLAN DE TRABAJO

3.1 Esquema tentativo:

1. La ansiedad social: definición, características

1.1. Características del desarrollo en edad evolutiva de 14-16 años con TAS

1.2. Qué es el TAS

1.3. Criterios clínicos de los manuales DSM-V y CIE10

1.4. Diagnóstico diferencial

2. Psicoterapia integrativa

2.1. Bases teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

2.2. Bases metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

2.3. Propuesta de intervención terapéutica aplicada al TAS

3. Estudio de casos

3.1. Intervención individual con cada miembro

Conclusiones generales

Recomendaciones

Bibliografía

Anexos

3.2 Resultados esperados:

El resultado de la investigación va a aportar con estrategias, técnicas o métodos para el abordaje terapéutico en adolescentes con ansiedad social de 14 a 16 años, evidenciando los rasgos de personalidad que priman en los participantes de manera individual. Cabe mencionar, que la muestra no es representativa para toda una población de este tipo, sino las más idóneas para los casos específicos presentados.

3.3 Supuestos y riesgos:

- Que los pacientes abandonen el proceso terapéutico
- Que la intervención breve no permita establecer una alianza terapéutica adecuada
- Que se desarrolle transferencia con los pacientes
- Que en la entrevista no se obtenga la información necesaria para el proyecto

3.4 Cronograma:

Objetivo Específico	Actividad	Resultado esperado	Tiempo (semanas)
Realizar una revisión bibliográfica.	Recolectar información en libros, artículos, sitios web, tesis doctorales acerca de la temática propuesta.	Obtener toda la información necesaria para la estructura de las distintas partes que componen el proyecto.	4 semanas.
Establecer los Objetivos tanto generales como específicos y las preguntas de investigación	Se planteó qué es lo que se va a abordar o realizar; con esto se pudo redactar el objetivo principal, mientras que para los específicos se tuvo presente la manera en cómo lo realizaremos y finalmente las preguntas de investigación surgieron a partir de interrogantes con respecto a los Objetivos.	El proyecto sea claro y preciso, sin ningún tipo de confusión para los futuros lectores.	2 semanas.
Redactar la problemática del proyecto	Investigar los antecedentes del centro en los que se realizará la investigación y redactarlos conjuntamente con el principal problema que se ha observado, el mismo que está directamente relacionado con la temática. Además, indagar por qué y para qué del proyecto, con el objetivo de justificar correctamente la razón y finalidad de la problemática	Hacer visible la necesidad de un protocolo de tratamiento para este tipo de población ya sea a nivel privado o público.	3 semanas.
Establecer resultados	A partir de una evaluación minuciosa de los objetivos específicos se planteó el producto que se espera	Exista una efectividad de las técnicas o estrategias para el trastorno de	

esperados, supuestos y riesgos.	obtener al finalizar el proyecto, de igual manera se prestó atención a los posibles peligros que se podrían llegar a presentar dentro del estudio, especialmente los relacionados con los participantes.	ansiedad social, teniendo presente los posibles riesgos que se corren al establecer un plan terapéutico	2 semanas.
Realizar un segundo fichaje bibliográfico en relación directa con la temática.	Recolectar información a partir de artículos, sitios y documentos web, tesis doctorales o libros.	Aporte con fuentes bibliográficas que permitan conocer a mayor profundidad la temática a tratar (etiología, síntomas, tratamientos, criterios clínicos.)	6 semanas
Realizar esquema tentativo.	Se realizó un listado de temas y subtemas que se encuentren en relación con los objetivos específicos, de esta manera se fue estructurando un índice.	Permita guiar el desarrollo del trabajo y establecer una mejor organización del mismo.	3 semanas
Armar marco teórico y estado del arte.	Selección de la información de acuerdo al contenido propicio que demanda tanto el marco teórico como estado del arte.	Que la búsqueda establecida sepa orientar y sustentar la investigación.	4 semanas.
	Se realizó a través de un compendio de información	Que facilite la selección de los	3 semanas.

Redactar metodología.	válida en el proyecto determinando la investigación cualitativa, prospectiva y exploratoria que permitan la selección adecuada de los instrumentos psicológicos, así como la delimitación de la población por medio de criterios de exclusión e inclusión.	participantes, así como de las escalas y otros instrumentos a emplear.	
Redactar el resumen del proyecto.	Sintetizar de manera clara el objetivo y resultados de este proyecto.	Proporcionar a los lectores una visión clara lo que se ha investigado, incluyendo las conclusiones correspondientes.	1 semana.
TOTAL			28 semanas

3.5 Presupuesto y Financiamiento:

Rubro-Denominación	Costo USD	Justificación ¿para qué?
Transporte- tarjeta bus urbano	18,30	Para movilizarnos al lugar donde planeamos hacer el proyecto
Impresiones	5,00	Para presentar los borradores del trabajo
Copias de libros	55,00	Consulta e investigación que aporten a la investigación
Copias de escalas	4,80	Para entregar a los participantes

Impresión de los consentimientos	0,30	Para entregar a los padres
Grabadora	30,00	Registrar las entrevistas realizadas
3 Copias de tesis	29,01	Para el tribunal
3 CD'S Tesis	5,10	Para las autoridades administrativas pertinentes
Derecho de Grado	80,00	Para poder obtener la titulación
Internet	154,00	Para obtener fuentes bibliográficas que aporten al fichaje bibliográfico y al proyecto en general
Vehículo particular	10,00	Para movilizarnos cuando ha surgido algo de imprevisto.
Resma de papel bond A4	4,80	Realizar historias clínicas de los participantes
Mándalas	2,40	Para realizar actividades dentro de la sesión y en el hogar
Incienso	2,00	Para técnicas de relajación
Pinturas	2,60	Para que utilice el participante en alguna actividad
Esferos	0,70	para llenar las escalas y entrevistas

Carpeta	5,50	para guardar las impresiones
TOTAL	409,51	

4. REFERENCIAS Y ANEXOS:

Bibliografía

- Antona, C., Delgado, M., García, L., & Estrada, B. (2012). Adaptación Transcultural de un Tratamiento para la Fobia Social: Un Estudio Piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 37-42.
- APA, A. A. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). En A. A. APA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Ed. Arlington, VA.
- Bados, A. (20 de 09 de 2017). *Universitat de Barcelona*. Obtenido de Fobia Social: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/115727/1/Fobia%20social.pdf?fbclid=IwAR25jNCRF-pi2ypCbmJoJlxb8tG1KmtCjvQaD2SIBtrFiFomaMU1z_J8y0
- Baeza Velasco, C. (2007). *Tratamientos eficaces para el Trastorno de Ansiedad Social*. Obtenido de Cuadernos de Neuropsicología: <https://www.redalyc.org/pdf/4396/439642479004.pdf>
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito-Ecuador: Unigraf.
- Barlow, D. (2018). Manual Clínico de trastornos psicológicos . En D. Barlow, *Magee, L; Heimberg, R* (págs. 211-248). México: Manual Moderno.
- Caballo, V., Salazar, I., Garrido, L., Irurtia, M., & Hofmann, S. (2018). Programa de intervención multidimensional para la ANSIEDAD SOCIAL (IMAS) - Libro terapeuta. En V. Caballo, I. Salazar, L. Garrido, M. Irurtia, & S. Hofmann, *Programa de intervención multidimensional para la ANSIEDAD SOCIAL (IMAS) - Libro terapeuta* (págs. 31-36, 46). Madrid: PIRÁMIDE.
- Caballo, V., Salazar, I., Irurtia, M., Arias, B., & Guillén, J. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de personalidad. *Behavioral Psychology*, 260-263.
- Caballo, V., Verania, A., & Bas, F. (1997). Fobia Social. En V. Caballo, *Vol.1: Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (págs. 25-26). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.
- Connor, K., Kobak, K., Churchill, L., Katzelnick, D., & Davidson, J. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. En K. Connor, K. Kobak, L. Churchill, D. Katzelnick, & J. Davidson, *Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder* (págs. 14:137-40). *Depress Anxiety*.
- Craske, & Barlow. (2018). Trastorno de ansiedad social. En M. Craske, & D. Barlow, *Manual Clínico de trastornos psicológicos* (pág. 212). México: El Manual Moderno S.A.

- D'Alessandro, F., Garay, C., Rosales, J., Donatti, G., Korman, G., & Etchevers, M. (2013). Evidencia empírica de la combinación de psicoterapia y tratamiento farmacológico de la fobia social (trastorno de ansiedad social). *Anuario de Investigaciones*, 29-38.
- Echeburua-Odrizola, E., & Salaberria-Irizar, K. (1991). Tratamientos psicológicos de la fobia social: un análisis crítico. *Psicothema*.
- García, Alcázar, & Olivares. (2011). Terapia de Exposición mediante realidad virtual e Internet en el trastorno de Ansiedad/Fobia Social: Una revisión cualitativa. *Terapia Psicológica Vol.29*, 233-243.
- Heimberg, R., Dodge, C., Hope, D., Kennedy, C., Zollo, L., & Becker, R. (1990). Cognitive Behavioral Group Treatment for Social Phobia: Comparison with a Credible Placebo Control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.
- Krebs, M., González, L., Rivera, A., Herrera, P., & Melis, F. (2012). Adherencia a Psicoterapia en Pacientes con Trastornos de Ansiedad. *PSYKHE Vol. 21*, 133-147.
- Mayo, C. (27 de Agosto de 2017). *Trastorno de ansiedad social (fobia social)*. Obtenido de Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20353561>
- Olivares, J. (2011). Catorce años de Intervención en Adolescentes con Fobia Social. *Información Psicológica*, 90-109.
- Tobías-Imbernón, C., Olivares-Olivares, P., & Olivares, J. (2013). Revisión de autoinformes de fobia social diseñados para niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 123-130.
- Wagner, M., Pereira, A., & Oliveira, M. (2014). Intervención sobre las Dimensiones de la Ansiedad Social por medio de un Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 423-440.