



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES DE LA VERA CRUZ
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8967-25



LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA DISMINUIR EL NIVEL DE
ANSIEDAD E INCREMENTAR AUTOESTIMA EN TRASTORNO DE FOBIA SOCIAL.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ADA KARINA OSORIO MARCELINO

ASESORA
PSIC. BERTHA MARÍA MEDINA GUZMÁN

ORIZABA, VERACRUZ.

SEPTIEMBRE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mi madre. Gracias por tantos esfuerzos, sacrificios, emociones y experiencias vividas, por los aprendizajes y la motivación para seguir adelante; por la compañía, guía, paciencia, apoyo, preocupación y cariño que han permitido llevar a culmen mis estudios. Se que la vida no ha sido fácil, pero juntas lo hemos resuelto. ¡Gracias por todo!

A mi padre. Gracias por el apoyo, cariño y esfuerzo brindado a lo largo de mi vida, por motivarme e inspirarme a seguir adelante, por la atención y preocupación. Principalmente gracias por los sacrificios del día a día que hacen posible el cumplimiento de mis metas, estoy plenamente agradecida por la preocupación para darnos lo mejor siempre. ¡Gracias por todo!

A mi hermana. Por estar siempre a mi lado a pesar de las circunstancias, por motivarme y acompañarme a lo largo de mi desarrollo donde a pesar de las diferencias, la vida nos ha hecho disfrutar muchos momentos. Gracias por el esfuerzo, por la perseverancia y emoción que pones a tus proyectos, son una gran motivación para seguir adelante.

A mis familiares. Por su interés, preocupación y cuidados a lo largo de mi vida, gracias por formar parte de ella, por aportar sabiduría, valores y creencias que hoy en día me forman. Gracias a los que permanecen y a los que ya no se encuentran aquí de forma física, siempre estarán en mi corazón.

Agradecimientos

A Dios. Por darme el don de la vida y permitirme llegar al culmen de una meta, por acompañarme a lo largo de la vida en mi día a día.

A mi asesora de tesis. Maestra Bertha María Medina Guzmán. Gracias por el cariño y apoyo brindado en el desarrollo de mi trabajo, por su perseverancia, guía y compañía; además por todos los conocimientos brindados a lo largo de mi formación, por su entrega y amor a la profesión, ha sido una motivación dentro del proceso y la carrera.

A mis profesores de Universidad. Quienes me acompañaron y guiaron a lo largo de este proceso desde sus conocimientos, dando lo mejor de sí mismos como profesionistas desde sus áreas de estudios, cada uno ha creado en mí, conocimientos que trascenderán en el ejercicio de mi profesión. Gracias por la confianza, regaños, apoyo y comprensión brindados.

Al Instituto de la Vera Cruz. Por ser mi centro formador desde la preparatoria, por inspirarme en la elección de mi carrera e instruirme para la vida a través del ejemplo y enseñarme a dar el mayor esfuerzo en todo lo que realizo. Gracias a quienes me acompañaron, aceptaron y formaron a través de los años en el instituto, especialmente a la Hermana Gloria Ivette Pozos Garay y Hermana Nayeli Reyes Loyo.

A Casa de la Misericordia. Caritas A. C. Por permitirme desarrollar mi servicio social y trabajo de investigación en sus instalaciones, sobre todo gracias por la confianza y apertura ante todos los proyectos que surgieron. Gracias por brindar apoyo a la comunidad sin distinción alguna.

A Fernando Sánchez Salazar. Por su paciencia, cariño y apoyo brindado al largo de los años, gracias por permanecer y ser mi compañía.

A Enrique Jiménez Cortes. Por su apoyo, escucha y cercanía a lo largo de mi proceso, gracias por la amistad.

Índice

| | |
|---|----|
| Dedicatorias | |
| Agradecimientos | |
| Resumen | |
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo 1 Ansiedad..... | 9 |
| 1.1 Definición de la Ansiedad..... | 9 |
| 1.2 Miedo..... | 10 |
| 1.3 Detonantes de la Ansiedad..... | 12 |
| 1.4 Síntomas de Ansiedad..... | 13 |
| 1.5 Niveles de Ansiedad..... | 14 |
| 1.6 Trastornos de Ansiedad..... | 15 |
| 1.7 Fobia Social..... | 18 |
| 1.8 Ansiedad en Adolescentes | 22 |
| Capítulo 2 Teoría Cognitivo Conductual..... | 24 |
| 2.1 Antecedentes y Conceptos Básicos de la Teoría | 25 |
| 2.2 Modelo Cognitivo Conductual..... | 29 |
| 2.3 Evaluación Cognitivo Conductual..... | 30 |
| 2.4 Técnicas Cognitivo Conductuales..... | 33 |
| Capítulo 3 Autoestima y Adolescencia..... | 38 |
| 3.1 Definición de Autoestima..... | 38 |
| 3.2 Construcción de la Autoestima..... | 39 |
| 3.3 Tipos de Autoestima..... | 41 |
| 3.4 Relación Autoestima y Adolescencia..... | 43 |
| 3.5 Autoestima, Autoconcepto y Autoimagen | 45 |
| 3.6 Adolescencia, Fobia Social y Autoestima..... | 47 |
| Capítulo IV: Metodología..... | 50 |

| | |
|--|----|
| 4.1 Diseño de Investigación..... | 50 |
| 4.2 Objetivos de la Investigación..... | 51 |
| 4.3 Hipótesis..... | 52 |
| 4.4 Pregunta de Investigación..... | 52 |
| 4.5 Variables..... | 56 |
| 4.6 Instrumentos..... | 56 |
| 4.7 Sujeto..... | 58 |
| 4.8 Marco Contextual..... | 60 |
| 4.9 Procedimiento..... | 61 |
| Resultados..... | 68 |
| Análisis..... | 79 |
| Recomendaciones..... | 83 |
| Referencias..... | 85 |
| Anexos..... | 93 |

Índice de Anexos

| | |
|--|-----|
| Anexo A Oficio para solicitud de trabajo de investigación..... | 94 |
| Anexo B Consentimiento Informado..... | 95 |
| Anexo C Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | 96 |
| Anexo D Escala de Autoestima de Rosenberg..... | 97 |
| Anexo E Inventario de Ansiedad de Beck: Pretest..... | 98 |
| Anexo F Inventario de Ansiedad de Beck: Post test..... | 99 |
| Anexo G Escala de Autoestima de Rosenberg: Pretest | 100 |
| Anexo H Escala de Autoestima de Rosenberg: Post test..... | 101 |
| Anexo I Protocolo de Exposición Interoceptiva..... | 102 |
| Anexo J Carta Programática. Sesión 1..... | 103 |
| Anexo K Carta Programática. Sesión 2..... | 105 |
| Anexo L Carta Programática. Sesión 3..... | 107 |
| Anexo M Carta Programática. Sesión 4..... | 109 |
| Anexo N Carta Programática Sesión 5..... | 111 |
| Anexo O Carta Programática. Sesión 6..... | 113 |
| Anexo P Carta Programática. Sesión 7..... | 115 |
| Anexo Q Carta Programática. Sesión 8..... | 116 |
| Anexo R Carta Programática. Sesión 9..... | 117 |
| Anexo S Evidencia Sesión 1. Aplicación de Instrumentos..... | 118 |
| Anexo T Evidencia. Sesión 2. Conceptualización cognitiva..... | 118 |
| Anexo U Evidencia. Sesión 3. Trabajo en pensamientos automáticos..... | 119 |
| Anexo V Evidencia. Sesión 4. Trabajo en creencias intermedias..... | 119 |
| Anexo W Evidencia. Sesión 5. Trabajo en creencias centrales..... | 120 |
| Anexo X Evidencia. Sesión 6. Resumen de aprendizajes y autoestima..... | 120 |
| Anexo Y Evidencia. Sesión 7. Exposición interoceptiva..... | 121 |
| Anexo Z Evidencia. Sesión 8. Reforzamiento de autoestima..... | 121 |
| Anexo AA Evidencia. Sesión 9. Post test y prevención de recaídas..... | 122 |
| Anexo BB Reconocimiento Otorgado..... | 122 |
| Anexo CC Historia Clínica Complementaria..... | 123 |

Índice de Gráficos

| | |
|---|----|
| Gráfica 1 Relación de Ítems. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck..... | 69 |
| Gráfica 2 Relación de Resultados. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck..... | 70 |
| Gráfica 3 Relación de Índice somático. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck..... | 71 |
| Gráfica 4 Relación de Índice cognitivo. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck..... | 72 |
| Gráfica 5 Relación de Ítems de escala de autoestima de Rosenberg..... | 74 |
| Gráfica 6 Comparación de Resultados de Escala de Autoestima de Rosenberg..... | 75 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Síntomas de ansiedad..... | 13 |
| Tabla 2 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad..... | 16 |
| Tabla 3 Estrategia de Evaluación Cognitivo Conductual..... | 31 |
| Tabla 4 Ejes de la Conceptualización Cognitiva..... | 34 |
| Tabla 5 Ítems de correspondencia en puntuaciones somáticas y cognitivas del Inventario de Ansiedad de Beck..... | 54 |
| Tabla 6 Indicadores de Escala de Autoestima de Rosenberg..... | 55 |

Resumen

La presente investigación muestra y describe el proceso de intervención, que tuvo lugar en la ciudad de Orizaba, dentro del Centro de Atención Psicológica de Urgencia de Casa de la Misericordia, pertenecientes a Caritas de Orizaba A. C., donde se trabajó mediante un estudio de caso, elegido de manera no probabilística o dirigida a una adolescente con fobia social, debido a las características requeridas para llevar a cabo el estudio (Hernandez et al., 2014), donde se utilizaron técnicas retomadas del Modelo Cognitivo Conductual, en un programa que tuvo como propósito primordial, disminuir el nivel de ansiedad en la adolescente, a la par que aumenta su autoestima, problema que surgió a partir de la observación del aumento de casos de ansiedad, como rasgo o bien en trastornos en esta población, de donde principalmente se desarrolla el problema de investigación. Aplicando una intervención de 9 sesiones de las cuales se obtuvieron los resultados, permitiendo así hacer una comparación entre los instrumentos Inventario de Ansiedad de Beck (1988) y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), aplicados dentro del pre y post test. Se llegó a la conclusión, que el uso de las técnicas efectuadas, luego del proceso de intervención ejecutado y validado por la aplicación de los instrumentos en una post prueba, arrojan que la ansiedad se puede aminorar a la vez que se acrecienta otra variable como lo es la autoestima.

Palabras Clave: Ansiedad, Niveles de Ansiedad, Autoestima, Adolescencia, Técnicas Cognitivo Conductual.

Introducción

En la actualidad, uno de los temas más estudiados son los enfocados a la ansiedad, la cual, a pesar de encontrarse en boga, ha sido un tema estudiado durante muchos años por diversos autores; desde estudios efectuados en la antigüedad con métodos para la neurosis, la implementación de talleres, efectuación de experimentos y guías aplicadas desde distintas perspectivas teóricas que pueden encontrarse en la psicología y la medicina; mostrándose presente como síntoma de diversos desordenes, teniendo incluso un apartado que clasifica a los trastorno de ansiedad dentro del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), sin embargo, la naturaleza de estos desordenes, rasgos y problemáticas, trasciende a las dificultades que en el día a día las personas van presentando.

Actualmente, la incidencia y prevalencia de los casos de ansiedad se encuentra en aumento, lo cual presenta un punto de interés para su estudio. La Organización Panamericana de la Salud (2017) menciona que el 3.6% de la población mundial padece trastornos de ansiedad, teniendo factores de riesgo altos en cualquier persona debido a factores particulares de cada país, sin embargo, en México, la ansiedad presenta el mismo porcentaje de incidencia en la población, la cual se presenta como síntomas o trastornos, generando problemas en la persona y el entorno que se desenvuelve, por lo que este porcentaje no impacta únicamente en quien lo padece sino de manera general en la población mexicana como indicador de alerta sobre la atención en salud mental.

Retomando puramente al termino de ansiedad, para el DSM-5 se describe como “una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (American Psychiatric Association, 2014, p.189), puede originarse por diversas razones; algunas de ellas son: las experiencias de vida, generar un cambio, como un trabajo nuevo o una ruptura sentimental, por otro lado, algunas situaciones amenazantes, la asignación de tareas; aun considerando estos, de igual manera podemos encontrar factores genéticos que

podrían influir a su aparición; así como estar sometido a mucho estrés de forma continua o el consumo de algunas sustancias como lo pueden ser las anfetaminas o LSD; por último se considera el factor social, donde se está expuesto a la presión, las miradas, cumplir con normas y roles, que generan presión, y hoy en día sumado también el aislamiento social obligatorio, presenta un incremento en la aparición de la misma.

Retomando a los diversos orígenes que puedan desencadenarla, es importante considerar que así de la misma forma que surgen generaran un impacto diferente, agregando además, la influencia del ciclo de vida que se curse, pues existen etapas donde puede presentarse dentro parte del proceso natural como lo es el caso de la adolescencia, donde apareado con los posibles detonantes, se complementa con los factores de cambio relacionados de manera natural a los adolescentes, por ejemplo: los hormonales, la búsqueda de identidad, los cambios físicos, las amenazas sociales, lo que los posiciona como una etapa sensible para alcanzar síntomas o niveles de ansiedad elevados (Papalia & Martorell, 2017).

Estos niveles o síntomas, guiaran la forma de actuar, sentir del adolescente, debiendo aprender a controlarla o disminuir su impacto, evitando generar una cronicidad o aumento, ya que, la ansiedad crónica puede ocasionar problemas graves de salud mental, depresión, uso de sustancias e incluso suicidio, pudiendo interferir con la capacidad de enfocarse y de aprender lo que puede conllevar a tener problemas en la escuela, además de provocar inestabilidad en otras áreas de desarrollo (McCarthy, 2019), es a partir de la aparición de la ansiedad que el adolescente presenta descontrol en la aceptación de sus cambios, que generan confusión, comparación y elevan sus síntomas, a la vez que crea una imagen de si mismo distorsionada, que si no es atendida indica problemáticas en la autoestima, al adquirir creencias erróneas sobre si, lo que afecta su aceptación y aprecio.

Las problemáticas derivadas de la ansiedad o rasgos pueden convertirse en trastornos tal como la ansiedad social, misma que ha tenido auge en los últimos años

de manera particular en esta población, aun sin mencionar la situación actual; se pueden mencionar investigaciones con el fin validar instrumentos que midan la ansiedad social en adolescentes como lo es la propuesta por Jiménez et al. (2013), donde se realizó un estudio en la Ciudad de México, por otro lado; también existen investigaciones que rescatan los factores desencadenantes, así como la influencia del contexto familiar y la evolución en el trastorno, como se puede leer en el artículo: Ansiedad Social en la Adolescencia (Gómez, 2016), entre varias que recientemente se han publicado dentro del marco contextual actual.

Así, la presente investigación, desarrollo una intervención a través de la aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales para disminuir los niveles de ansiedad y aumentar su nivel de autoestima, en una adolescente de 17 años, diagnosticada con fobia social, que acude al Centro de Atención Psicológica de Urgencia “Casa de la Misericordia” de Caritas De Orizaba, A.C.

Dentro del Centro de Atención Psicológica de Urgencia, se atiende al público en general ante las necesidades que presenten, y luego de conocer diversos casos de ansiedad en adolescentes, surge de este modo el problema de investigación, a partir de la preocupación referente a la eficacia de los métodos y técnicas de intervención para la problemática en esta población; donde en un primer momento se buscó el factor con que se quería trabajar, eligiendo disminuir el nivel de ansiedad y trabajar con la autoestima, a partir de la aplicación de un método que fuera eficaz nace la necesidad de responder al siguiente cuestionamiento ¿Disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con fobia social mediante Técnicas Cognitivo-Conductuales ayuda a incrementar su autoestima?

Retomar a la ansiedad en adolescentes nace a partir de la observación, prevalencia y acrecentamiento de casos, generando la duda que pretende responder a la pregunta anterior; donde se eligieron a las Técnicas Cognitivo-Conductuales como medio para disminuir los niveles de ansiedad que presenta la adolescente, por tanto, la investigación se guía bajo la hipótesis de que: *“El uso de las Técnicas Cognitivo -*

Conductuales para la disminución del nivel de ansiedad en un adolescente con fobia social permiten que incremente su autoestima”.

La investigación basada en esta hipótesis, se desarrolla desde la aplicación de instrumentos; luego se desarrolló el programa de intervención por medio de técnicas elegidas y guiadas a partir de las dos variables con las que se trabaja, teniendo la autoestima como variable independiente, retomando a esta mediante la definición proporcionada por Rosenberg (1965) como “un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, que se construye por medio de una evaluación de las propias características” (Rojas B., 2009, p. 791), la cual se evalúa mediante tres niveles los cuales son: elevada, media y baja, los cuales dentro de los indicadores se evalúan a su vez mediante la autoimagen, autoconcepto y tipo de autoestima; y por otro lado, los niveles de ansiedad como variable dependiente, que Beck (1988), se consideraba en 3 niveles de ansiedad: Leve, moderado y severo., basada en la definición de ansiedad proporcionada por Navas (1989) como se citó en Hernández et al. (2013) la considera como “un estado emocional y por ende se mezcla con los sentimientos, las reacciones o sensaciones fisiológicas y las conductas que realiza una persona” (p. 181), que a su vez nos arroja dos indicadores evaluados, los cuales son el somático y cognitivo, que se distinguen a partir de las reacciones del organismos hacia los detonantes de ansiedad y pueden compararse mediante el pre y post prueba.

Se trabajan mediante un proceso de investigación experimental donde se manipulan las variables para conocer el efecto que tiene ante una intervención (Hernandez et al., 2014), dentro de un estudio de caso con alcance descriptivo, donde se trabaja solo con una adolescente como población, que fue elegida de manera no probabilística, según las características de inclusión para este estudio, permitiendo el uso de una metodología mixta por la naturaleza del estudio de un individuo (Hernández et al., 2014).

Este tipo de estudio permite tener la atención fija en la necesidad de la persona y del problema de investigación, además de que indaga más en el génesis del problema,

encontrando nuevos aportes a estudios posteriores, por caso podemos considera a las “circunstancias, situaciones o fenómenos únicos de los que se requiere más información o merecen algún tipo de interés dentro del mundo de la investigación” (Rovira, 2018, p. 4). Los estudios de caso o informes de caso se han establecido como una forma útil de comunicación de resultados entre investigadores y profesionales, incrementándose notablemente la publicación de este tipo de trabajos en el ámbito de las ciencias de la salud durante las últimas décadas (Glänzel & Schubert, A., 2015.)

La finalidad de llevar a cabo esta investigación es mostrar mediante el estudio de caso, siendo así el objetivo general: *Intervenir mediante Técnicas Cognitivo-Conductuales para disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con trastorno de fobia social e incrementar su nivel autoestima*, que a su vez se acompaña de seis objetivos específicos que guían el trabajo, a mencionarse:

1. Identificar el Nivel de Ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad Beck (Guillén & González, 2019).
2. Evaluar la autoestima mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).
3. Intervenir a través del “Programa de intervención en adolescente con Trastorno de Fobia Social” mediante Técnicas Cognitivo-Conductuales.
4. Realizar un post test con el inventario de ansiedad de Beck (Guillén & González, 2019) para conocer el impacto de la intervención.
5. Aplicar el post test con Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) para conocer impacto de la intervención.
6. Comparar los resultados mediante la exposición de los datos obtenidos del pre y post de los instrumentos aplicados ilustrado mediante gráficos, narrados a partir de la descripción de los hallazgos obtenidos.

De este modo, estructura la intervención, trabajando primeramente con la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck (Guillén & González, 2019), que permite conocer el nivel de ansiedad que presenta el adolescente, así mismo, se puede

tener certeza de que este, tiene una validez a la hora de presentar los resultados, pues en el año 2015, retomando la aportación de Tafoya et al., se llevó a cabo un estudio donde se trabajó con individuos con ansiedad, dándole validez al instrumento (Pulido et al., 2015).

De la misma manera se evalúa a la autoestima mediante un la Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965), que otorgó aspectos de la vida del sujeto que se ven modificadas al disminuir la ansiedad y por tanto elevar el nivel de autoestima, en el año 2015, realizo una adaptación del instrumento a la población mexicana adolescente, brindando su confiabilidad en la muestra elegida (Jurado et al., 2015).

Luego de evaluar a la adolescente mediante los instrumentos, se aplicó la intervención a través de Técnicas Cognitivo - Conductuales elegidas a partir de las necesidades del estudio, con la finalidad de reducir su ansiedad y aumentar su autoestima; este proceso se desarrolló a partir de 9 sesiones donde de trabajo con objetivos específicos para cada una, mismos que pueden observarse en las cartas programáticas que se encuentran en el apartado de *Anexos*, donde se encuentran de manera específicas las técnicas utilizadas; una vez concluida la intervención se realizó nuevamente la aplicación de los instrumentos para conocer el nivel de ansiedad que se logró con la implementación del programa, así como el cambio en la autoestima del sujeto.

Una vez obteniendo los resultados de pre y post prueba, siguiendo el proceso de un estudio experimental, con un enfoque mixto, se describen los resultados obtenidos a través de la comparación de las variables mediante gráficos que dan el acercamiento a los resultados cuantitativos, mismos que se expresan de este modo como limitante propia de un estudio de caso, por otra parte, se exponen de manera cualitativa a los mismos a partir de la descripción de los indicadores evaluados.

Corresponde mencionar aquellos capítulos que le dan fundamentación al

proceso realizado; los cuales se desarrollan en cuatro capítulos, donde, además, se fundamentan más a detalle las variables, expuestas en el capítulo 1 y 3; el enfoque teórico en el cual se basa la investigación, además, de contar con recomendaciones que surgen a partir del análisis, encontrando más adelante la división de la siguiente forma.

El capítulo uno, corresponde al tema fundamental de la investigación, denominado “Ansiedad”, donde se puede encontrar la definición operacional que guía el trabajo, además de las diversas perspectivas que otorgan autores desde su pensamiento, así mismo se conocen las bases y fundamentos de la ansiedad, desde conocer sus detonantes, para posteriormente conocer algunos de los síntomas y signos que pueden aparecer únicamente como rasgos y aquellos que distinguen a un trastorno, dando énfasis en estos para retomar luego al trastorno con el que cuenta la adolescente, dando paso finalmente a una relación de la adolescencia con la ansiedad de manera general, conociendo características de ambos y la prevalencia que tiene en esta población.

El capítulo dos explica la teoría que fundamentará el trabajo con la adolescente, denominado “Teoría Cognitivo Conductual” dedicado a comunicar de manera extensa las generalidades y técnicas que permitieron durante la intervención, desde el conocimiento de los antecedentes, las líneas de trabajo que la rigen, lo cual lleva al modelo del que se obtienen las técnicas, además de explicar estas herramientas utilizadas en el programa de intervención.

El capítulo tres, corresponde a hablar de la autoestima, la importancia que tiene en la adolescencia, desde sus diferentes definiciones, los pilares que la construyen, los tipos, además de retomar una relación de esta con la etapa de vida adolescente, de modo que se compara además con los conceptos de autoconcepto y autoimagen, llegando al aparejar al trastorno de fobia social, con la etapa y la autoestima.

Por último, el capítulo cuatro, expone la metodología llevada a cabo, detallando a la población, marco contextual, procedimiento efectuado para posteriormente, revisar

las conclusiones y análisis obtenido. Esta investigación, pretende generar nuevas aportaciones al uso de las Técnicas Cognitivo Conductuales, a partir de las conclusiones obtenidas, permitiendo dar un aporte novedoso de validez, siendo de igual forma un punto de referencia para investigaciones futuras o la aplicación de una intervención en un caso similar, referente a un trastorno de ansiedad o la aparición de rasgos de ansiedad en la población adolescente, por ello, el proceso llevado a cabo, puede visualizarse de manera más extensa en el apartado de anexos.

Marco Teórico

Capítulo 1 Ansiedad

El presente capítulo se encuentra enfocado a conocer a la ansiedad desde su conceptualización, las principales características, los niveles por los cuales se puede categorizar, las características de los trastornos de ansiedad retomados del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014); además de encontrar un énfasis en el trastorno de fobia social, por último, con la finalidad de conocer el impacto que la ansiedad tiene en los adolescentes, se efectúa un apartado que

1.1 Definición de la Ansiedad

La ansiedad se presenta en todas las personas como síntoma previsor de las actividades a realizar en el día a día, se conoce inclusive como un factor natural del ser humano, siempre y cuando no se genere un malestar en las esferas de vida de la persona, interpretándose según la perspectiva e impacto como: una vivencia, una emoción, sentimiento o malestar. Para esto se considera que la ansiedad definida desde el DSM-5 se refiere a la “Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo” (American Psychiatric Association, 2014, p.819).

Para Navas (1989) la ansiedad es un estado emocional y por ende se mezcla con los sentimientos, las reacciones o sensaciones fisiológicas y las conductas que realiza una persona. De igual manera la ansiedad es entendida como “un mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos” (Riveros et al. 2007, p. 95) que permite que una persona pueda concentrarse y afrontar diversos retos.

Por su parte, Beck (1985, como se cito en Fernandez, 2015) refiere que es la

“percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas” (p.104), teniendo en común a: *el sujeto*, que funge como receptor de un estímulo que percibe del medio en que se encuentra, llevándolo a establecer amenazas basadas en ideas falsas que el sujeto en sí mismo va creando, sin embargo se encuentra también la interpretación como función adaptativa que permite al ser humanos funcionar, buscar una opción para dar respuesta a las demandas, permitiendo incluso establecer cambios en el organismo de la persona, desde disponer horarios de vigilia, mantener atento el sistema de alerta o prever momentos de atención a tareas, generando tensión o en su defecto, evasión de otras actividades de la persona para atender a aquello que se encuentra provocando ansiedad.

Se puede observar de manera adaptativa o de supervivencia, que permite reaccionar a diversas situaciones, cumpliendo tareas, problemáticas o metas, en muchas ocasiones, será responsabilidad de la persona aprender a mediar la aparición de la misma, ya que, el exceso de su presencia generara un número más elevado de pensamientos excesivos que a su vez produce conflictos y evita llevar a término las actividades; manteniendo un estado de alerta para cumplir con las demandas exteriores, sin atender a la tarea principal, lo que comienza a llamarse una conducta patológica, que puede ser medida según su temporalidad y agravamiento.

La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente, (Lazarus, 1976, como se citó en Virues Elizondo, 2005).

1.2 Miedo

Luego de definir a la ansiedad, es importante desarrollar uno de los términos mayormente asociado con esta, pues es uno de los conceptos que suele confundirse con

mayor frecuencia; si se considera a la ansiedad como una alarma o emoción de alerta, pensamos comúnmente en una preocupación o tensión causada a nuestra salud. El miedo por su parte nos permite responder de forma automática ante las situaciones de la vida cotidiana, presentándose antes que lo racional, siendo entonces una respuesta instintiva a las situaciones del entorno que son reales y realizan la activación del sistema de alerta de la persona, además siguiendo esta diferenciación, se puede definir a el miedo como:

Una reacción que produce cambios fisiológicos inmediatos. Las emociones son estados caracterizados por activación fisiológica (sudoración, palpitations, elevación de la presión sanguínea, variaciones en el ritmo cardiaco, producción de adrenalina, etc.), cambios en la expresión facial (cara de alegría, tristeza o enojo), postura (postura tensa y defensiva) y sentimientos subjetivos; mismas características físicas presentes dentro de la ansiedad como características, por tanto, la correlación es inevitable, siendo síntoma uno de otro. (Méndez, 2010, p.6)

Para realizar una diferenciación entre ansiedad y miedo, se entiende que; la primera se relaciona como peligros o amenazas que no pueden ser resultas o dominadas por el individuo y que permanecen constantes aun sin tener un objetivo o no alcanzan a tener contacto con la realidad; por otro lado, el miedo se asocia con estas situaciones de amenaza o peligro que el sujeto vivencia de manera externa, al ser una emoción natural, permite la adaptación a las condiciones con el fin de que la persona huya, entrando a defensa el sistema de alerta del individuo que se genera al exponerse a una amenaza real.

Para distinguir al miedo de la ansiedad, en el primero debe existir un peligro o amenaza, con lo que es común sentir miedo, mientras que en la ansiedad no se encuentra presente ni peligro ni amenaza, de este modo, entonces se puede hacer una disparidad entre aquellos factores desencadenantes, pudiendo establecer una línea de distinción entre los síntomas que presenta el usuario al narrar los eventos que le detonan

molestia, y aquellos que se dan en eventos amenazantes inesperados, siendo entonces fundamental conocer esta distinción de detonantes y su origen (Moreno, P., & Martín, J., 2020).

1.3 Detonantes de la Ansiedad

Retomando a la ansiedad como una respuesta que se da al interior del individuo, que responder ante alertas o peligros, retomando la idea de Sigmund Freud, se pueden distinguir tres tipos: la primera referida como real, la cual consiste en las relaciones del ego con el mundo exterior; por otro lado, la neurótica, donde el ego intenta satisfacer sus instintos pero aquello que intenta cubrir, es algo difícil de alcanzar; por tanto, surge el estado de amenaza; y por último tenemos a la ansiedad moral, donde el ego intenta complacer lo que el superego exige, sin embargo, hacer esto no le es posible y es así como se puede detonar a la ansiedad (Fernández et al.,1995).

Comprender a la ansiedad como una reacción que da nuestro cuerpo ante diferentes alertas, permite brindarle respuesta a los estímulos que generamos, creando nuevas formas de afrontar a experiencias de la vida diaria, las cuales pueden manar de uno o varios factores desencadenantes, tales como: los pensamientos, introyectos, sentimientos, conductas y síntomas físicos. Algunos de los detonantes principales, se presentan como factor externo al individuo, otros provienen del mal procesamiento de la información que genera esquemas mentales que lo mantiene en un estado de peligro, por último, es importante considerar el aspecto orgánico donde la persona puede presentar algún malestar a nivel interno que le genera este problema, tales como las enfermedades crónico degenerativas.

Aquellos factores desencadenantes mencionados, permiten la observación con el fin de prestar atención a los síntomas y signos que pueden aparecer de manera repentina en el organismo del individuo, algunos de ellos son percibidos por el individuo y otros que pueden percibirse por el entorno que rodea a la persona, los cuales son desglosados a continuación.

1.4 Síntomas de Ansiedad

La ansiedad presenta diferentes síntomas que los individuos refieren según sus condiciones específicas, como lo pueden ser el ambiente, etapa de desarrollo, experiencias vividas; que juegan un papel determinante en la aparición de la sintomatología que como menciona Egozcue (2005) citado en Bonilla García (2020) pueden ser clasificados según el área en que se manifiestan en:

Tabla 1

Síntomas de ansiedad

| Síntomas | Manifestaciones |
|--------------|--|
| Fisiológicos | Aturdimiento o asfixia, debilidad, mareos o inestabilidad, desmayos, dolor de cabeza, enrojecimiento de la piel, estremecimientos, hipertensión arterial, hiperventilación o respiración entrecortada, disfunción eréctil o anorgasmia, náuseas y dolor estomacal, opresión en el pecho, rigidez y tensión en los músculos, sensación de asfixia, sensación de resequedad en la boca. Sensación de vacío en el estómago. Sudores y escalofríos, taquicardia y palpitaciones, temblores incontrolables de brazos, piernas o manos, tics involuntarios en el rostro, voz entrecortada. |
| Cognitivos | Anticipación de acontecimientos desagradables, aprehensión y preocupación constante, deseos de escapar de situaciones o personas, despersonalización, dificultad en el razonamiento y/o pérdida de la objetividad, falta de concentración, confusión o distracción, hipervigilancia hacia la amenaza, incapacidad de concentrarse y control de pensamientos negativos, miedo a enloquecer, a la desaprobación de los demás, miedo a perder el control o no ser capaz de afrontarlo, al daño físico o a la muerte, pensamientos, imágenes o recuerdos perturbadores, percepción |

| | |
|--------------|---|
| | de irrealidad, poca memoria o dificultad para recordar acontecimientos. Miedo a la desaprobación de los demás, a perder el control o no ser capaz de afrontarlo, al daño físico o a la muerte, pensamientos, imágenes o recuerdos perturbadores, percepción de irrealidad, poca memoria o dificultad para recordar acontecimientos. |
| Conductuales | Búsqueda de seguridad y reafirmación, dificultad en el habla, evitación de las posibles amenazas, del contacto ocular, huida o alejamiento, inquietud o agitación, insomnio, parálisis. |
| Emocionales | Dificultad para relajarse, frustración, impaciencia. inseguridad, irritabilidad, miedo, nerviosismo, sensación de vulnerabilidad o de malestar genera (pág. 37). |

Los síntomas antes mencionados, se presentan según las características propias del individuo, la mención de los mismos, rescata a su vez la diversificación de características que pueden notarse en la persona y que se deben enlistar una vez comienzan su aparición, esto a su vez que permite conocer el nivel de ansiedad o impacto que está causando en la vida de la persona cada vez que aparecen, así mismo, permite realizar un diagnóstico diferencial idóneo, no únicamente valorando los rasgos, sino síntomas y signos, además de su duración, intensidad, frecuencia.

1.5 Niveles de Ansiedad

Así mismo, retomando esto último, pueden distinguirse también, diferentes niveles de ansiedad; clasificados según Beck (1988) en tres niveles, los cuales evaluó posteriormente a través de su Inventario de Ansiedad, los cuales son: la ansiedad leve, donde una persona se encuentra alerta, observa y oye mientras es capaz de mantener en calma la situación antes que se produzca, a esto se le conoce como una ansiedad benigna o de tipo ligero, que persiste según el individuo mantenga el control. En la ansiedad moderada, las reacciones a nivel emocional comienzan a notarse cuando aparece el estímulo detonante, pudiendo presentar son una frecuente respiración

entrecortada, tensión arterial elevada, estomago revuelto, boca seca, diarrea o estreñimiento, expresión facial de miedo, inquietud, respuestas de sobresalto, dificultad de dormir o relajarse, etc. En la ansiedad grave, la percepción de la persona se ha reducido significativamente, siendo notoria por quien lo rodea, por lo que es incapaz de analizar y comprender lo que sucede. La atención se concentra en uno o varios detalles dispersos lo que ocasiona distorsión en lo que observa, dificultad para aprender nuevas cosas y para establecer secuencias lógicas. A nivel neurovegetativo, se presenta la respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofocación, movimientos involuntarios o temblor corporal, expresión facial de terror, hipertensión arterial, etc. (Ruiz y Lago, 2005).

Los niveles de ansiedad permiten colocar a la persona dentro de un rango cuantificable, mismo que suele evaluarse mediante escalas, inventarios y pruebas, que considerando la situación sintomática del individuo arrojan valores numéricos establecidos a partir de la estadística, brindando un resultado dentro de los niveles mencionados. Cuando las respuestas de ansiedad que tiene una persona son elevadas y no son las adecuadas en las condiciones de vida actual de la persona, se entiende que está presentando un trastorno de ansiedad (Riveros et al., 2007).

1.6 Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es una reacción que surge de manera natural en el ser humano, pero cuando estas manifestaciones comienzan a intervenir con el desarrollo pleno de la persona causándoles problemáticas y apareciendo de manera contante, excesiva o difícil de controlar, se comienza a hablar de una “ansiedad patológica” (Cascardo & Resnik, 2016), que se encuentra alterando la homeostasis de la persona y desequilibra al organismo.

Dentro del área psicológica para conocer los diferentes trastornos de ansiedad se recurre al Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 2014), en el cual podemos encontrar la siguiente clasificación:

Tabla 2*Clasificación de los Trastornos de Ansiedad*

| Trastorno | Definición |
|---|---|
| Trastorno de ansiedad por separación 309.21 (F93.0) | Se genera un estado de ansiedad intensa y persistente al estar lejos de casa o al separarse de las personas a las que el niño siente apego, generalmente la madre. (Josephine , 2021) |
| Mutismo selectivo 313.23 (F94.0) | El mutismo selectivo (MS) es un trastorno caracterizado por un fracaso constante de hablar en situaciones específicas (p.ej., escuela, situaciones sociales) a pesar de hacerlo en otras situaciones (Beate Oerbeck, 2019). |
| Fobia especifica | Los trastornos fóbicos específicos son miedos persistentes, irracionales e intensos (fobias) ante situaciones, circunstancias u objetos específicos. Los miedos provocan ansiedad y evitación. Se desconocen sus causas. (W. Barnhill, 2020) |
| Trastorno de ansiedad social (fobia social) 300.23 (F40.10) | La fobia social es el miedo y la ansiedad de quedar expuesto a situaciones sociales o funcionales, que se evitan o se enfrentan con una ansiedad sustancial. Estas situaciones se evitan o se afrontan con una ansiedad importante. (W. Barnhill, 2020) |
| Trastorno de pánico 300.01 (F41.0) | Causa ataques de pánico, que son sensaciones repentinas de terror sin un peligro aparente. La persona puede sentir como si estuviera perdiendo el control. (Instituto Nacional de la Salud Mental, 2021) |

| | |
|---|---|
| Agorafobia 300.22 (F40.00) | Miedo a los lugares o las situaciones que podrían causarte pánico y hacerte sentir atrapado, indefenso o avergonzado, por lo que evitas este tipo de lugares o situaciones. Se teme a una situación real o anticipada, como usar el transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, hacer una fila o estar en una multitud (Mayo Clinic, 2017) |
| Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1) | Tiene síntomas similares a los del trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y otros tipos de ansiedad, pero todas son enfermedades diferentes. (Mayo Clinic, 2021) |
| Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos | La característica esencial del trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos es la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debidos a los efectos de una sustancia. (American Psychiatric Association, 2014) |
| Además de: Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica 293.84 (F06.4) Otro trastorno de ansiedad especificado 300.09 (F41.8) Otro trastorno de ansiedad no especificado 300.00 (F41.9) | |

Los trastornos de ansiedad pueden diferenciarse del miedo o la ansiedad generada de manera natural por ser excesiva o persistir más allá de los períodos aceptados, además de generar malestares en la persona que no le permiten su pleno desempeño social. (American Psychiatric Association, 2014).

En su mayoría los trastornos mencionados en la tabla presentan las características y síntomas previamente expuestos. Inclusive en ocasiones, llevan a

brindar un diagnóstico erróneo a la problemática del usuario, debido a la similitud de estos. Si bien la ansiedad es un aspecto común que se presenta en la vida diaria de la persona, cuando se identifica un trastorno, se habla de la deficiencia que se comienza a desarrollar en aspectos de su vida, comúnmente, provocan el pensamiento excesivo y, al perder adaptabilidad a su ambiente desarrolla un problema de salud a partir de la recurrencia, temporalidad y características que se estén presentando.

El objetivo de mencionar los diversos trastornos es permitir conocer los signos y síntomas en común, con la finalidad de establecer una comparación entre las características que se deben cumplir para establecer un diagnóstico; dando así las pautas para obtener los diagnósticos diferenciales a la hora de esclarecer los síntomas, para fines de este trabajo, de manera específica los relacionados a la fobia social.

1.7 Fobia Social

El trastorno de fobia social conocido también llamado ansiedad social, es un problema de salud mental. un temor intenso y persistente de ser observado y juzgado por otros. Este temor puede afectar el trabajo, la escuela y otras actividades cotidianas. Incluso puede dificultarle comenzar o mantener lazos de amistad.

Para poder comprender el a detalle el trastorno en el que se basa la investigación se debe comprender de concepto de fobia, se retoma a partir del glosario del DSM-5 que esta hace referencia al, “miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror.” (American Psychiatric Association 2014, p.823).

Para la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2000):

Las fobias sociales más graves suelen asociarse con una baja autoestima y miedo a las críticas. El paciente puede consultar por enrojecimiento, temblor de

manos, náuseas o urgencia miccional y, en algunas ocasiones, puede estar convencido de que el problema primordial son estas manifestaciones secundarias de ansiedad. (p.111)

El trastorno fóbico causas problemáticas en la vida de la persona, pudiendo causar estragos en la vida de quienes lo padecen, desde perder oportunidades de trabajo, abandono escolar, evitación de actividades importantes o fundamentales como, por ejemplo, el incumplimiento de tareas o responsabilidades. Esto como parte del temor que la persona experimenta, precisamente para poder identificar el trastorno de una persona tímida o introvertida, se debe evaluar los puntos propuestos por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5, a continuación:

Crterios Diagnósticos

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

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

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

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

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

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 persistente, 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 puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.

J. Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

Especificar si: Sólo actuación: Si el miedo se limita a hablar o actuar en público.
(American Psychiatric Association, 2014, pp. 202-205)

Basada en los criterios diagnósticos más significativos que se encontraron presentes en la problemática de la adolescente, se establece el plan de intervención, para fines de este trabajo, se observó además del diagnóstico otorgado por psiquiatría la presencia de todos los criterios establecidos en el DSM-5, considerando que la presencia o no de síntomas, se adecuan a la persona y la variedad que queda implícita

en los ejemplos establecidos, por su parte, la problemática así mismo cumple con una presencia mayor a 6 meses (American Psychiatric Association, 2014)

Considerando ahora los criterios sintomáticos, encontramos que; según Bados (2012), citado en Arauz Rojas (2019) dentro de la fobia social, se distinguen varios temores básicos que se asocian a normas de comportamiento como lo son:

- Temor para observar.
- Temor a sentir mucha ansiedad y pasarlo fatal.
- Temor a tener un ataque de pánico.
- Temor de no comportarse de un modo adecuado o competente
- Temor a manifestar síntomas de ansiedad (rubor, sudoración, temblor de manos, voz temblorosa, bloqueo, vómito, ataque de pánico) que puedan ser vistos por los demás y/o interferir con la actuación.
- Temor a la crítica y a la evaluación negativa. La persona teme ser vista como ansiosa, incompetente, rara, inferior, poco interesante, aburrida, poco atractiva o estúpida.
- Temor al rechazo, a ser dejado de lado por los demás como consecuencia de su evaluación negativa. (p.34)

Los síntomas que suelen aparecer varían según las características y estilo de vida de la persona, además de la gravedad en que se está presentando, existen casos donde se ha observado la aparición de ataques de pánico, desmayos, hiperventilación, mutismo, por mencionar algunos; esto, debido a la presión ejercida sobre ellos al enfrentarse a situaciones sociales diversas. Aunado a las características de la fobia, los factores desencadenantes dependerán de situaciones que la persona experimente, uno de ellos puede ser la etapa de vida, esto, debido a los cambios que se presenta en cada una de estas a lo largo del desarrollo humano; de manera específica para esta investigación, se retoma a la adolescencia como una de las etapas significativas para la aparición y desarrollo de rasgos o trastornos ansiosos, por tanto a continuación se

resalta la importancia de esta etapa y sus características como factores de riesgo desencadenantes de la ansiedad.

1.8 Ansiedad en adolescentes

La adolescencia es un punto crucial en la vida de los seres humanos, desde los inicios de la pubertad se experimenta una serie de cambios significativos, entre ellos, el cambio de pensamientos, formación de nuevas creencias, cuestionamiento de acontecimientos, no sin mencionar el cambio físico que por sí mismo, es en sí un duelo, que tienen como objetivo la formación de la personalidad del individuo a lo largo del proceso, por tanto, retomando al proceso como un espacio representado por temporalidad, para fines de esta investigación se reconoce a la adolescencia como, el proceso de la etapa vital que se desarrolla entre los 11 y 20 años, basada en las ocho etapas del desarrollo humano propuestas por (Papalia & Martorell, 2017).

Este proceso de vida se desglosa durante 9 años aproximadamente, a su vez, puede presentar un mayor desgaste de herramientas o bien, transcurre sin generar malestares, muchos de estos desafíos deben ser enfrentados por el adolescente de manera individual, no olvidando la influencia social de su entorno, familia, amigos y escuela, que fungen como apoyo o elemento en contra del correcto desarrollo.

Los desafíos a los que se enfrentan suelen ser cuestiones emocionales, relacionadas a autoestima, adaptación, cognición y conductas que comienzan a cambiar, es así, que por tanto se encuentran expuestos al desarrollo de patologías o características afines, algunas de las situaciones más comunes pueden ser: trastornos alimenticios, estrés, ansiedad, depresión y riesgo de abuso de sustancias, (Papalia & Martorell, 2017), en este punto es importante conocer cuáles pueden ser algunos de los detonantes de estos, principalmente de la fobia social.

Los detonantes de la ansiedad durante la adolescencia retomadas de la American Academy of Pediatrics (2019), son: “altas expectativas y presión por

alcanzar el éxito, un mundo que parece atemorizante, amenazador y las redes sociales que se encuentran en auge” (párr. 4). Por otro lado, la tarea de concretar una personalidad definida crea en el adolescente inseguridades, miedo al mundo, presión por parte del entorno a alcanzar metas para las que aún no está preparado. Mucha de esta presión experimentada, genera pensamientos negativos, que se convierten en creencias que más adelante generan su autoconcepto, afectando su estado de ánimo.

Además, hoy tenemos el factor social que se encuentra entre la realidad y lo intangible; los medios electrónicos, son una forma de comunicación masiva, que se ha convertido en una herramienta dual, donde inspira, crea conciencia, fortalece y entrena a la persona, pero a su vez, crea falsas expectativas, amenaza la integridad de la persona e influye en pensamiento y emoción basado en comentarios, máscaras y estereotipos que presionan más el desarrollo libre de la personalidad.

Al enfrentarse con estos factores que exponen al individuo a desencadenar ansiedad y conductas patológicas, la Organización Mundial de la Salud (2021), menciona que, “en el mundo, uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, un tipo de trastorno que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario” (párr. 1), esto, sin considerar la situación mundial actual, donde recientemente se están investigando el aumento el aumento de casos de trastornos de ansiedad en la población adolescente, luego de permanecer aislados y fortalecer los detonantes que generan esta problemática.

Uno de los principales trastornos en aumento es la fobia social, desarrollada en subtemas anteriores, desencadenada por factores ya mencionados, además de la privación de la interacción social, pues “la disminución del contacto social permite que la ansiedad se incube y hace que sea más difícil lograr y mantener el progreso” (Bell & Goldberg, 2020, párr. 3), inclusive llegando a ser la privación, un motivo para crear rasgos o el trastorno fóbico.

Capítulo 2 Teoría Cognitivo Conductual

El modelo de Terapia Cognitivo Conductual es uno de los más utilizados hoy en día para el tratamiento de trastornos de ansiedad, por la efectividad que ha mostrado en estos, por tanto, se realizó la elección del mismo para fines de este trabajo y basado además en características del sujeto de estudio con que se trabaja; para esto, es importante conocer entonces la definición de este modelo de estudio en psicología, es primordial saber que, existen diferentes definiciones que pueden agregarse, las cuales han ido modificándose según los autores de la misma, para fines de la investigación se utilizó la propuesta por Veron & Doyle A., (2017) afirman que, “representa una forma de psicoterapia que resuelve los problemas actuales, las emociones perturbadas y el comportamiento disfuncional al reconocer el papel del aprendizaje humano, así como los efectos del entorno, las cogniciones y el lenguaje en perturbación” (párr. 2.).

Siguiendo la línea de la autora, el propósito es resolver las situaciones con las que lucha el sujeto en un momento actual, mismo elemento esencial a la hora de trabajar y establecer objetivos. Por otro lado, este paradigma, permite entender a la persona desde el pensamiento y la forma en que se responde a este a la hora de relacionarse con el mundo que le rodea, la manera en que responde a los diferentes estímulos; crea una forma de entenderse a sí mismo basados en cogniciones. Antes de aunar más en la forma de intervención, técnicas y generación utilizada para esta investigación, es pertinente conocer parte de los antecedentes que conduce la teoría.

La eficacia, replica, actualización de la teoría y sus postulados permiten su continuar con su ejecución, teniendo estudios que permiten su confiabilidad y validez, pudiendo medir los valores obtenidos a partir de su aplicación; evaluando así el progreso del paciente. Para ello se trabaja con la conducta y cognición como mediciones, creando así, la conceptualización de las conductas aprendidas como resultado de factores que han hecho presencia en la vida de la persona, sin dejar de lado lo biológico o social.

Por otro lado, en la intervención, el objetivo de cambio es la conducta, dando a conocer la priorización de los procesos cognitivos. El manejo de la terapia es centrado en acontecimientos actuales, considerando a los antecedentes clínicos de la persona como desencadenantes de la problemática, siendo posteriormente, un punto de comparación respecto al progreso obtenido al momento de terminar su intervención, para lograr todo este proceso el planteamiento de la relación terapéutica prestara una actuación significativa para el proceso del sujeto. Precisamente obtener la basta información de hoy en día, existieron a lo largo del tiempo, un gran número de autores, experimentos y postulados que guía a la teoría que hoy se conoce, para esto, el siguiente apartado rescata algunos de los antecedentes más significativos de la teoría.

2.1 Antecedentes y Conceptos Básicos de la Teoría

Conocer el origen del modelo con que se trabaja resulta importante, pues refiere el trabajo que por años han destinado diversos autores, sumado al génesis que dio origen a lo que hoy en día se conoce, es así como, a partir de las aportaciones filosóficas surgen los primeros acercamientos conductuales y reflexiones cognitivas, desde apariciones de condicionamiento en la antigua Roma, hasta consolidarse como una parte de una ciencia comprobada, es importante mencionar algunos fundamentos previos, de los cuales se menciona: la reflexología y leyes del condicionamiento clásico, propuestos principalmente en el trabajo de reflejos y conducta donde se conoce a autores tales como Iván Pávlov y Bechterev, por otro lado el conexionismo de Thorndike, donde se trabajó mediante la ley del efecto, relacionado la conducta manifiesta mediante el estímulo – respuesta, siguiendo con el conductismo de Watson, donde se representa el experimento clásico de Watson con el pequeño Albert, y el crecimiento neo conductistas de Hull, Guthrie, Mowrer y Tolman, y, por último, las aportaciones de Skinner y el análisis experimental de la conducta, donde se incluye el termino Terapia de Conducta por primera vez dentro del estudio del área psicológica (Ruiz et al., 2012).

Conociendo los antecedentes que preceden la teoría, ahora se consideran las

etapas que ha atravesado la teoría hasta consolidarse como Teoría Cognitivo Conductual o Comportamental, ya que, en un principio parte de los antecedentes mencionan sobre todo, la experimentación y estudio condutal, ahora bien es conveniente abordar el surgimiento además de la cognición como parte de un paradigma plenamente basado en las respuestas que se obtienen como comportamientos, por tanto se consideran tres generaciones de evolución de la Terapia de Conducta que a continuación se exponen según Ruíz (2012):

Primera generación la cual trabaja con propuestas conductuales, de lo relatado en antecedentes, la cual no puede fijarse con un año determinado de inicio, pues los estudios se retoman desde la antigüedad como bien se describió con antelación, para esta distinción generacional, se retoma desde algunos autores como Joseph Wolpe, quien trabajo con las neurosis desde una Desensibilización Sistemática, donde el uso de sus procedimientos tenían un acercamiento experimentación en laboratorios.

Se le conoce como Desensibilización Sistemática a la “aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad; así como la presentación del material ansiogénico en la imaginación, o con el uso de la hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje que eran explicados de manera precisa, detallada y científica, describiendo el proceso de aprendizaje y la competición de respuestas fisiológicamente antagónicas” (p. 53), donde se representa la aparición de técnicas distinguidas de otras formas de aplicación de la psicológica, complementándose con los trabajos que se hacían a la par en Inglaterra, donde se comenzó el trabajo de problemas que hoy se incluyen tales como fobias, tartamudez, neurosis, entre otros. De la misma forma el desarrollo de la psicología en Estados Unidos comenzó a tener auge gracias a Skinner, donde comenzo a dar explicaciones de la psicología desde un sentido operante y la forma en que las conductas afectan la cognición (Padras, 2018).

Conociendo el panorama de la primera generación; un factor importante a considerar es que, el inicio conductual, se enfrentaba a el enfoque psicoanalítico de Sigmund Freud, trabajando desde las áreas de oportunidad que en ese momento podían

atender, abordando los trastornos desde acciones que pudieran ser comprobadas marcando así, una diferenciación con el psicoanálisis.

La segunda generación surge como una respuesta a problemáticas o cuestionamientos que no podían ser atendidos aun por el conocimiento que se tenía desde el punto de vista comportamental, por lo que en los años 70's, se integra el estudio de factores internos que modulan la conducta, naciendo así, una asociación ya no solo de un estímulo – respuesta, sino que agrega el factor pensamiento como parte de las variables internas del sujeto. Es aquí donde conocemos las aportaciones del aprendizaje social propuesto por Bandura, naciendo así el Condicionamiento Vicario, de donde se rescatan principalmente cuatro factores que guiaran el conocimiento: la atención, la retención, reproducción y la motivación, mismos que utilizó para realizar su experimento (Farias, 2021).

Retomando las aportaciones de este autor, respecto a la cognición, también se encuentra el concepto de “autoeficacia”, la cual se define para Bandura (1977) como “los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado” (Ruiz et al., 2012, p.62), no refiriéndose a las expectativas del sujeto sino a que el sujeto evalúe y tenga convencimiento sobre los comportamientos que realizara para obtener un final acorde a lo previsto.

Como parte del proceso de esta segunda generación de la cual surgen las principales técnicas desarrolladas en este trabajo, se considera al nacimiento de las mismas terapias cognitivas, acentuando énfasis en elementos cognitivos como fundamentación para el proceso de mantenimiento, cambio y obtención de conductas, con un inicio en 1974 por Mahoney en su obra “Cognition and behavior modification”, época donde se mantuvo en auge, determinando a este año como el de la cognición (Ruiz et al., 2012) y, a pesar de que los inicios se dieron bajo el trabajo de diversos autores, se considera como los padres del cognitivismo a los autores Albert Ellis y Aaron Beck, quienes retomaron sus trabajos en el tratamiento de malestares con auge impórtate, retomando la ineficiencia de procesos psicoanalíticos para problemas como

ansiedad o depresión, así mismo dando apoyo a las habilidades de modificación conductual que se estudiaron previamente.

En el trabajo con las terapias cognitivas, se conocen principalmente la clasificación a partir de tres métodos específicos, los cuales derivan a su vez en técnicas que se ejecutan a través del proceso de intervención según los objetivos a trabajar como lo menciona Ruiz et al. (2012):

- a. Las técnicas de reestructuración cognitiva, donde se identifican y cambia a los pensamientos, creencias o auto verbalizaciones de la persona, considerando la racionalidad de la persona que le está apoyando a mantener o soportan la problemática con la que se está trabajando, en esta categoría se habla de la Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva, Reestructuración Racional Sistemática y el Entrenamiento en Auto instrucciones.
- b. Técnicas para el manejo de situaciones, donde se pretende una actuación acorde a las capacidades del individuo ante situaciones que ocurren en su vida diaria, tales como el estrés o el dolor, dando paso así a el Entrenamiento en Inoculación de Estrés, Manejo de la Ansiedad e Inoculación del estrés.
- c. Técnicas de solución de problemas, donde se modifica el abordaje de las situaciones, donde se puede ejecutar una combinación de los métodos antes mencionados, sin embargo, además se utilizan la Terapia de Solución de Problemas Sociales y la Terapia de Solución de Problemas Interpersonales. (pp. 66-67)

Dando de esta forma el abordaje más amplio respecto a diversas patologías y problemáticas de la sociedad, agregando la cognición como forma de solución a estos, mediante el uso de la modificación, evitando guiarse únicamente como sus antecedentes teóricos, quienes se movían a partir de la parte conducta únicamente; a partir de esta nueva forma se logra una mejora en los pensamientos, por tanto el comportamiento se verá afectado, teniendo un impacto significativo en situaciones de

estrés, ansiedad y depresión, dato que se retoma más adelante.

Por último, la tercera generación, que nace como añadidura del auge significativo que comenzó a adquirir la Teoría Cognitivo Conductual como método de terapia; denominando a sus nuevas aportaciones como terapias contextuales y variaciones que proceden de lo establecido en el constructivismo, considerando entonces las influencias del medio, situación de la persona, buscando un cambio más profundo, incluyendo entonces la psicoterapia analítico-funcional, la terapia conductual y Mindfulness.

2.2 Modelo Cognitivo Conductual

Anteriormente se consideró el origen del modelo de terapia cognitiva y el abordaje que se pretende obtener mediante este, como se mencionó, los representantes más significativos son Albert Ellis nacido en 1913 y Aaron Beck quien nació en 1921; se consideran aun autores con influencia significativa, además considerando a Judith Beck, nacida en 1954, quien continua en la línea de investigación de su padre, siendo estos pilares para explicar el funcionamiento de intervención en este trabajo, para esto, cabe mencionar que respectivamente, las aportaciones de cada uno como antecedentes de las técnicas de intervención.

Por su parte Ellis (1984), se basó en el trabajo con irracionalidades que las personas revelaban como parte de sus pensamientos, de tal forma que, mediante su método de terapia, estas fueran capaces de modificar el pensamiento para que no continúen afectando estas al sujeto, su trabajo se reconoce por la creación de la Terapia Racional Emotiva Conductual (Dominguez, 2019), donde se trabaja además con el modelo ABC, donde los acontecimientos activadores corresponden a la A, las cuales van a crear respuestas conductuales, cognitivas o emocionales denominadas con la letra C, las cuales serán interpretadas por el sujeto según sus conocimientos a lo que se denominan B.

Siendo el modelo ABC, un proceso que enuncia una situación, acontecimiento, pensamiento y respuesta, que tiene un parecido con el determinismo Reciproco de Bandura, sin embargo, dentro del ABC, se considera a la cognición como factor determinante en ocasiones. Siguiendo la línea de Albert Ellis (1984), la aparición de conceptos que conjeturan con algunos propuestos por Aaron Beck, tales como los pensamientos irracionales, creencias irracionales, identificando en su libro Razón y Emoción en Psicoterapia, publicado en 1962, más de 200 creencias irracionales que de forma significativa influyen en los trastornos psicológicos que afectan la sociedad (Ruíz et al., 2012).

Retomando ahora el aporte de Aaron Beck (2012), quien menciona que “la terapia cognitiva es una modalidad de psicoterapia basada en la teoría con un fuerte compromiso hacia el empirismo científico” (p. 1). Para Judith Beck (2000) “la terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos” (p. 21)

Acuña (2018) menciona que este modelo, se centra en la investigación científica y así mismo replica la práctica que ha sido comprobada, mediante la aplicación de herramientas, técnicas y resultados. Todo esto mencionando la importancia y desarrollo que permitió posicionar al modelo cognitivo como el método de terapia más utilizado siguiendo un método científico. El estudio de componentes que desencadenan a la ansiedad tuvo un auge significativo, y las aportaciones dadas por ambos autores, permitieron la inclusión de sus técnicas a lo largo de los procesos terapéuticos.

2.3 Evaluación Cognitivo Conductual

Aun cuando la Terapia Cognitivo Conductual, presenta diferentes formas de tratamiento que pueden estar basadas en las generaciones que se desarrollaron a lo largo del tiempo, la disposición metodológica científica bajo la que se mueve la teoría mantiene una línea hipotético-deductiva, que se rige bajo una misma evaluación conductual en cualquiera de los paradigmas que se maneje.

Para esto, se considera a la evaluación conductual como un paradigma de evaluación psicológica, que enfatiza la utilización de numerosos y diversos métodos, así como fuentes de evaluación, fundamentados empíricamente, que serán utilizados para la evaluación tanto de conductas específicas, observables y actuales, como de variables causales del contexto natural (Ruiz et al., 2012). Al realizar la evaluación se debe trabajar a partir de tres componentes: lo que se va a cambiar, la evaluación e identificación de lo que es funcional en el momento y el impacto de estas vertientes en lo individual y grupal, de tal modo que el impacto del trabajo realizado sea medible, observable y el cambio se note a partir del tiempo y contextos donde la persona se desenvuelve de manera cotidiana.

Dentro de las estrategias existe una variedad de métodos que proporcionan información, no obstante, mantener estas fuentes de información limitadas al individuo en cuestión producirá una mayor aparición de errores en la ejecución de un plan de intervención, por lo que se debe recurrir a diversidad de información que se puede obtener de cercanos, como lo son familia, amigos, escuela, trabajo, a su vez que se complementan con estrategias retomadas de Ruíz et al. (2012):

Tabla 3

Estrategias de Evaluación Cognitivo Conductual

| Estrategia | Ocupación/Uso |
|--------------------------|--|
| Entrevistas conductuales | Este instrumento es uno de los más utilizados, no solo en este modelo, ya que cuenta con una diversidad de variantes, tiene metas que pueden surgir desde la información general, identificar conductas, patrones, relación con el medio, conocimiento de antecedentes, teniendo como puntos objetivos: Brindar una explicación de lo que se espera conocer, las áreas disfuncionales, conocer antecedentes, identificar recursos, parámetros de los problemas, entre otros. (Ruiz et al., 2012), teniendo en cuenta |

| | |
|---------------------------------|---|
| | <p>estos objetivos, la información que se obtiene debe guardar la confidencialidad, acción que se lleva a cabo mediante la firma de un consentimiento informado, para el caso de este trabajo, se realizó la firma tanto de los padres como de la adolescente al ser menor de edad, situación que no debe pasarse desapercibida. La información que se obtiene en primera instancia por la solicitante funciona como una línea base para conocer o contrastarla con lo que surge a partir del cuestionamiento a sus fuentes cercanas antes mencionadas, poniendo énfasis en rasgos de comportamientos, conductas, afectaciones del problema en sus diversas áreas, ya que, de presentarse de esta forma, entonces, la intervención debe fijar en los objetivos, brindar atención en ellas.</p> |
| Observación conductual: | <p>La acción de observar pretende por sí misma, prestar atención a algo específico, la finalidad dependerá de lo que la persona en ese momento quiera obtener, en este caso, para Ruíz (2012) “obtener información más detallada acerca de las conductas problema identificadas” (p. 112), parte de la información que se obtiene viene de la observación de terceros que es comentada en las entrevistas, lo que se contrasta con lo obtenido al evaluar a la persona, desde la correspondencia de la conducta observada con la que se genera, el cambio que muestra en su espacio natural al que presenta dentro del consultorio, aparición o no del problema, detonantes, acciones, síntomas y síntomas observables, en el caso de la ansiedad como movimientos recurrentes, temblores, sudoración, enrojecimiento, entre otros.</p> |
| Evaluación cognitiva conductual | <p>Aplicación de herramientas desarrolladas para los diferentes trastornos y malestares suelen presentarse dentro de la entrevista y observación, por lo que se puede trabajar mediante registros cognitivos que la persona lleve a cabo como ejercicio diario,</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>donde podrá reconocer la frecuencia, detonantes, y de tal manera apoyar el tratamiento, para conocer cómo se puede llevar a cabo se puede consultar a Álvarez (2020) en su video, donde explica la manera en que se puede llevar a cabo la estrategia con el paciente, esta estrategia, basada en el método ABC de Albert Ellis.</p> |
| <p>Evaluación psicofisiológica</p> | <p>Exploración de la respuesta a tres dimensiones que son las cognitivas, comportamentales y fisiológica, donde cada una puede medirse bajo su propia duración, impacto y momento que la desata, este modelo fue propuesto por el autor Lang en el año de 1978, trabajando principalmente con ansiedad; el primer componente la suma de pensamientos y sentimientos que se tienen presentes en la persona y surgen como respuesta ante el estímulo que provoca ansiedad, la respuesta método se refiere a las acciones que da la persona al presentar ansiedad y por último la evaluación fisiológica que el cuerpo expresa ante la actividad del sistema nerviosos, dando entonces una respuesta en el cuerpo como lo puede ser un dolor muscular, problemas intestinales, sudores, etc. (Montagud Rubio, 2021)</p> |

2.4 Técnicas Cognitivo-Conductuales

Dentro del trabajo de intervención que se realizó se retomaron técnicas derivadas de la teoría cognitiva, retomando principalmente el trabajo con las creencias, pensamientos que creamos a través del paso del tiempo y estos constructos se generan mediante la interacción social, lo que el medio aporta, lo que creo decido hacer mío, además de lo que nuestras esferas más cercanas brindan, como lo son la casa y la escuela-trabajo, para conocer el proceso realizado a través de las sesiones de intervención que se llevan a cabo según las necesidades de casa uno de los caso a

continuación se explican técnicas utilizadas dentro del proceso de modificación de pensamientos y reestructuración cognitiva:

Conceptualización cognitiva.

Partiendo de la premisa que parte de los problemas que enfrentamos se remontan a nuestros pensamientos y creencias, entonces es debido allegar a la persona con quien se trabaja a aquellos conceptos que rigen el proceso de intervención, para Judith Beck (2000) quien define a la conceptualización como guía que permite centrar la terapia en los problemas y procesos críticos que subyacen al trastorno psicológico, se trabaja mediante tres ejes principales:

Tabla 4

Ejes de la Conceptualización Cognitiva

| Concepto | Definición |
|----------------------------------|---|
| <i>Pensamientos automáticos.</i> | Los pensamientos automáticos son imágenes, comentarios o reflexiones que surgen como parte de la experiencia adquirida, su aparición es breve e inconsciente, pero contando con una relación directa con el factor emocional, lo que indica que, al afectar un pensamiento emergente, se está modificando por tanto una emoción específica que situó al mismo en la mente del individuo (Beck. J., 2000). |
| Creencias intermedias | Se refiere a aquellas reglas, estatutos, premisas, bajo las cuales solemos mover nuestras conductas y regulan o cambian la manera en que queremos realizar las acciones y brindan las respuestas del ¿Cómo? debemos hacerlas, a pesar de no ser fácilmente modificables, se trabajan con mayor rapidez que una creencia central. |

| | |
|---------------------|--|
| Creencias Centrales | <p>Son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar, ni siquiera ante uno mismo (Beck, 2000, p. 34).</p> <p>Son aquellas cogniciones dominantes que se poseen y la persona adopta como verdades absolutas de sí mismo, siendo rígidas y difícilmente variables, se derivan del medio y su influencia que se introyecta.</p> |
|---------------------|--|

Luego de explicar un poco sobre el trabajo de la conceptualización cognitiva, es debido precisar que su importancia según estén establecidos los objetivos, guiará la intervención, por lo que debe precisarse el aprendizaje de estos en el usuario. Una vez establecidos los conceptos, se procede a la aplicación de diversas técnicas elegidas según las necesidades que cada caso.

Restructuración cognitiva.

Cuyo objeto principal es luego de identificar aquellas creencias o pensamientos, de tal modo que se modifiquen y de este modo disminuir en este caso la ansiedad. Dentro del mismo se trabaja con una recogida de evidencia que la persona brinda de manera favorable y en contra de la creencia o pensamiento con que se trabaje. Comúnmente se aborda más en el uso de las creencias, pero tiene funcionamiento en los pensamientos automáticos de igual modo, retomando la recogida de evidencias, entonces se formula una confrontación con base en la obtención de la creencia central o pensamientos automáticos problemáticos, donde puede utilizarse el método de *Dialogo Socrático*, que usa cuestionamientos abiertos, donde se comprueban las creencias irracionales, racionales e identifica el patrón conductual que guía la conducta de la persona. (Ruiz et al., 2012)

Flecha Descendiente.

Utilizada en creencias centrales y pensamiento automático, Beck y Clarck

(2012) mencionan que “el cálculo de la probabilidad de daño y los estudios de las estimaciones ajenas de daño pueden ser útiles para desafiar las valoraciones de amenaza sobrestimada” (p. 793), donde se lleva a cabo un gráfico que puede ser real, plasmado a través de un dibujo o imaginario donde se asignan porcentajes que señalan elementos a favor y en contra de lo que la persona cree; de modo que evalúa los beneficios que obtiene en su vida y relación con otros al manejarse de esa manera hasta el momento.

Roll playing.

De manera específica el *Descatastrofizar a través del Roll playing*: donde se identifica al problema y se enfrenta, de tal modo que de manera exagerada, se actúe como una persona que presenta el problema pero en una magnitud importante que no le permite realizar acciones como en su momento lo hace, esto se realiza cuando ya se han valorado e identificado los valores amenazantes de la persona, donde a diferencia de la Técnica de Contraste Extremo, donde esta elige y compara una situación que puede ser generada a través de la realidad (considerando a un conocido) o bien ficticia por medio de personajes animados entre otros, se actúa en los polos de una persona con mayor ansiedad presente y en la realidad que viva, intentando percibir y relacionar la creencia que tiene para modificarla.

Exposición interoceptiva.

Estrategia utilizada, donde mediante una estructura modificable, se llevan a cabo ejercicios que exponen a la persona a situaciones que generen ansiedad dentro de un ambiente controlado. Se lleva a cabo con el fin de conocer las reacciones fisiológicas del organismo ante los eventos ansiosos, de modo que además involucra la percepción de las reacciones somáticas en la persona, así mismo identifica aquellas reacciones que se generan a partir de los pensamientos, logrando así, centrar a la persona en que aquellos eventos que acontecen cuando se presenta la ansiedad, no generaran mayores malestares y que encontrar un control ante ellos, permitirá la misma adaptación en

diversas situaciones, técnica retomada por Taylor (2000) donde describe diversos ejercicios que pueden provocarse en la sesión para obtener reacciones físicas (Beck & Clark, 2012), la ejecución en un sitio que le genere calma como lo es un consultorio, permite la asociación del aprendizaje que se obtiene al término de la aplicación con el mundo exterior y generara una nueva forma de enfrentar las situaciones ansiosa.

Caja de recursos.

Herramienta basada en la Terapia Centrada en Soluciones, donde puede adaptarse de manera personal, creando desde cero una caja donde la persona tenga la oportunidad de plasmar elementos significativos para ella, de tal modo que muestre de igual forma su personalidad, incluyendo posteriormente virtudes, habilidades y elementos positivos de personas cercanas al sujeto, además de incluir sus propias percepciones adquiridas al finalizar el proceso, de modo que sea un medio de motivación sobre lo que se trabajó en las sesiones.

Capítulo 3 Autoestima y Adolescencia

Dentro del recorrido del marco teórico, se retoman aspectos relevantes respecto a las estrategias utilizadas a través de la teoría cognitivo conductual, además de la variable de ansiedad, los cuales se abordaron en capítulos anteriores, ahora bien, corresponde abordar a la segunda variable de investigación, desde su definición hasta enlazar a los capítulos anteriores en relación con la autoestima y adolescencia, de este modo empalmar la teoría, sin embargo, antes de hacerlo, es importante primeramente desglosar a que se refiere la autoestima.

3.1 Definición de Autoestima

Al hablar de autoestima, primeramente se debe establecer de una definición base, ya que existen cientos de definiciones que se pueden mencionar; por ejemplo, desde su origen epistemológico: considerando el prefijo *auto* como algo referente hacia mí, y por otra parte *estima*, que hace referencia al valor, definiéndose como el valor que me tengo, sin embargo, a partir de este origen, existen otros supuestos, basados desde diferentes ámbitos de estudio, inclusive en el área psicológica, pues a lo largo de los años, este concepto ha encontrado una variedad inmensa de significados según la modalidad de estudio y área, en función de lo que se esté abordando.

Para la presente investigación se trabaja con la definición de Rosenberg (1965) citado en De León & García (2016) donde se conceptualizó la autoestima como un “sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, que se construye por medio de una evaluación de las propias características” (párr. 4), esta referencia hacia la persona en sí misma, puede aparearse retomando a la teoría cognitivo conductual, como un génesis y apropiación de conceptos, ideas, creencias y referencias del medio hacia la persona, por tanto; siendo tan importante en los procesos de intervención terapéutica, ya que la misma modificación cognitiva, de manera encubierta trabaja con las emociones que generan una baja autoestima, de tal modo que si al interactuar con

el paciente se trabaja con una lista de problemas o creencias negativas, se verían reflejado los principios de la baja autoestima en la persona. Según la adecuación cognitiva, Díaz et al. (2018), refiere que “la autoestima no es innata, se adquiere y se va desarrollando a lo largo de toda la vida, a través de las experiencias que se tienen en los diferentes contextos de actuación” (p. 21).

En una conjunción de la autoestima con la terapia cognitiva, se trabaja a partir de tres dimensiones de la persona: la cognitiva, emocional y conductual, misma de donde se obtiene la formación de su identidad; de tal modo que otorga un reconocimiento demostrado en valoración, sin considerar aquellos aspectos positivos o negativos aun, a partir de la conjugación de estos elementos la persona crea un nivel en el que establece el valor otorgado a sí misma, de tal modo que entre un mayor nivel de este presente, una mejor afrontamiento a los acontecimientos tendrá respectivamente (Tamez, 2016) por tanto, al hacer esta agrupación resalta la construcción de la misma, la cual se encuentra en desarrollo dentro de una etapa específica la cual es: la adolescencia.

3.2 Construcción de la Autoestima

Por sí misma una etapa de conflictos desde la parte física; la representación social; aquellos cambios que se experimentan como, la marcada distinción del cierre de una etapa infantil, la formación de la personalidad, son algunos de los cambios que se viven en esta etapa. Sin embargo, además, la parte psicológica en características afectivas-emocionales presenta un cambio al ver este forzado establecimiento de la personalidad, intervenido ahora factores que mantengan a la autoestima en un nivel esperado, en este proceso la creación del autoconcepto y la capacidad de eficacia, jugaran un determinante para el sostenimiento de esta.

Conceptualizar a la autoestima permite datarla desde factores externos que forjan la idea que se genera, de tal modo que entonces ahora son los factores internos creados a partir de la aceptación externa, lo que también guiara el nivel de autoestima

con el que nos guiaremos, tales influencias vendrán de la recepción de lo recibido mediante una comunicación verbal o no verbal, partiendo de esto, según Olivares (1997) citado en Naranjo (2007), menciona que considera que la autoestima tiene un significado complejo, y que precisa de cuatro componentes en su definición:

- Es una actitud, ya que contempla las formas habituales de pensar, actuar, amar y sentir de las personas para consigo mismas.
 - Tiene un componente cognitivo, pues se refiere a las ideas, opiniones, creencias percepciones y procesamiento de la información que posee la persona respecto de sí misma.
 - Tiene un componente afectivo, que incluye la valoración de los positivo y negativo, involucra sentimientos favorables y desfavorables, agradables o desagradables que las personas perciben de sí mismas.
 - Tiene un componente conductual, porque implica la intención y decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente.
- (p. 3)

Es entonces de donde se basa la construcción de la autoestima a partir de estos componentes, ya que gracias a estos, la persona podría ser capaz de asumir sus responsabilidades estando orgullosa, creyendo en sus capacidades, mostrando independencia, y expresando sus emociones y sentimientos; de modo que si presenta problemas en alguna de estas áreas, principalmente en la cognitiva, las respuestas esperadas ante su persona serán de evitación, desprecio a sus capacidades, titubeo ante posibilidades, será dependiente por tanto también será influenciable, mismas que se observan de manera repetitiva en individuos con una autoestima baja o que se encuentra en moldeamiento.

En relación de la autoestima en los procesos psicoterapéuticos, se trabaja mediante dos objetivos de manera específica según Branden (2008) “reducir los miedos irracionales de las reacciones depresivas y los sentimientos problemáticos de toda índole, además de estimular el aprendizaje de aptitudes nuevas, de nuevas formas de

concebir y considerar la vida, de mejores formas para enfrentarnos a nosotros” (p. 284), de modo que reducir los miedos irracionales, generaran una mejor aceptación, misma que se logra a partir de las intervenciones, siendo una tarea más allá de únicamente eliminar las ideas negativas, sino además disminuir el miedo, afrontar los conflictos y objetivos específicos de la persona, tomando en cuenta el motivo del consultante.

3.3 Tipos de Autoestima

La evaluación llevada a cabo mediante el instrumento denominado Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), considera la medición de los resultados mediante categorías denominadas: autoestima baja, media y alta, siendo estas una distinción que por sí misma mantiene características que se pueden observar y categorizar según cada una de estas por ejemplo, las personas con una autoestima alta, se caracterizan por mantener una asertividad en sus palabras y acciones, tienen confianza en sí mismas, buscan alcanzar el éxito, misma parte que en otro modelo psicológico se denomina autorrealización, valoran y respetan su persona y son capaces de establecer objetivos.

Por su parte las personas con autoestima media donde si bien se considera aceptada, corre el riesgo de caer fácilmente, por tanto la aceptación que el medio les brinde, fortalecerá y mantendrá este nivel, es importante el uso de afirmaciones que de manera positiva reafirmen lo que sienten por sí mismos, son expresivos, aunque no pretenden fijar expectativas o metas como lo hacen los de autoestima alta; por ultimo las personas con una baja autoestima suelen identificarse por el aislamiento social que comienzan a generar, no expresan sus emociones, situaciones, mismo que les lleva a evadir situaciones estresantes y sus decisiones carecen de sí mismo, por lo que no tienen carácter sólido. (Guartatanga R. & Mena B. , 2020).

Siguiendo esta línea existe una clasificación propuesta por Verduzco Álvarez Icaza & Moreno López (2001), donde la especifican únicamente dos categorías las cuales son: alta y baja, evitando el punto medio que para otros autores puede significar una zona de peligro a la baja autoestima:

Autoestima alta: reconocimiento y apropiación de las características, propiedades, virtudes y defectos, definiendo la personalidad auténtica, que le brinda la libertad y seguridad para desarrollarse en el medio, buscando de tal modo, no guiarse en la aprobación de otros, sino que por sí misma conoce y se hace responsable de lo que realiza.

Autoestima baja: asociada normalmente con una falta de confianza en sí mismo, dudando de las capacidades, virtudes y talentos, creando un desbalance, por tanto forman en conjunto el aislamiento, que incluye a su vez timidez, sentimiento de desaprobación, lo que puede influenciar a la persona a generar depresión o problemas relacionados con el aprecio como consecuencia, para Peralta Quezada & Quezada (2005) indica que “la baja autoestima radica en la capacidad humana de juicio y deriva en problema pues el juzgarse y rechazarse a sí mismo produce enorme dolor, dañado considerablemente las estructuras psicológicas que nos mantienen vivos” (p. 132), por tanto, favorecer el nivel de autoestima medio o bajo generará una mayor resistencia a factores externos como críticas, además de relaciones positivas, que permitirán pedir y brindar ayuda, teniendo gratificación personal ante la problemática.

Para Rosenberg (1973) citado en Machuca (2018) “la autoestima tiene dos connotaciones, por un lado, la alta autoestima y la baja autoestima, llamándose también autoestima positiva o saludable y autoestima baja o negativa respectivamente”, (p. 20), dentro del polo positivo se encuentran la estima, la aceptación, la consideración de una buena vida, respeto, que permitirá alcanzar objetivos, de tal modo que al tener elevado esta variable, no se considere más importante a los demás, sino que comparta y respete lo que para su pensar sea correcto. Teniendo un punto medio donde se puede centrar a aquellas personas que experimentan una estabilidad corrompible fácilmente en caso de no mostrarse fortalecida.

Por otro lado, cuando se hable de autoestima negativa, denotará de manera pronta una incapacidad de tomar decisiones, insatisfacción, presencia de actitudes, comportamientos y emociones que causan un comportamiento que en ocasiones puede

confundirse como rebeldía, aunque son realmente el encubrimiento de agresividad, inseguridad o críticas recibidas que se convierten en parte del bagaje cognitivo del individuo. (Machuca L. & Meléndez O., 2018).

3.4 Relación Autoestima y Adolescencia

Los adolescentes por naturaleza tienden a mostrar comportamientos desorganizados como consecuencia de la transición entre la niñez y adultez, buscando así, la elaboración de su autoconcepto y respondiendo a la presión ejercida de manera social para brindar una respuesta sobre la aportación que como ser humano tiene a su comunidad, lo cual fija a la adolescencia como punto de vulnerabilidad para el desarrollo de ideas irracionales.

Es importante ahora conocer la relación que tiene de manera específica con la autoestima, sin antes mencionar que el desarrollo de esta en la adolescencia, parte de experiencia que se han vivido a través de tiempo, mencionado una serie de puntos que importantes a considerar al evaluar la autoestima en el adolescente que retoma puntos cognitivos que percibe el adolescente retomado de Vázquez R. (2018):

- Como se siente: Es el medio por el cual el adolescente percibe la forma en que ve el entorno que lo rodea.
- Piensa: Son las ideas que el adolescente tiene de sí mismo, como persona.
- Aprende: Es cuando el adolescente adquiere nuevos conocimientos.
- Crea: El interés hacia lo que realiza y de qué manera logra sus objetivos.
- Se valora: La forma de respetarse para él y para quienes lo rodean.
- La manera de relacionarse con los demás: se aborda de manera dinámica a cerca de la interacción con los demás.
- La forma de comportarse y actuar: Este aspecto es fundamental para identificar cual es el tipo de autoestima que en algún momento se manifiesta, es decir si se acepta, tolera y sabe manejar periodos de estrés y frustración, entre otros (pp. 14-15).

Al identificar los puntos mencionados, entonces se podría conocer la naturaleza de las crisis de identidad que puedan ocurrir, siendo una misma la identificación del nivel o tipo de autoestima que tiene en ese momento que podrá mejorar a partir del trabajo de conocimiento, siendo fundamental en la búsqueda, un ambiente propicio que lo incluya, oriente y apoye, de tal modo que la presencia de una desvalorización de sí, pueda ser evaluada.

Dentro de la etapa adolescente, se exponen tres momentos importantes que vive la persona según Quiroga (1999), citado en Vázquez R. (2018), los cuales son la etapa temprana que comprende de los 13 a los 15, donde comienza a presentarse la rebeldía, siguiendo la etapa media donde entre los 15 y 18, la formación de grupos, relaciones se ve mayormente afrontada y por último la tardía, donde se conduce a la resolución de conflictos. (p. 41).

Comparado por la aportación de autores como Carreto en 1995, quien propuso de manera similar un acercamiento a la división en tres momentos vividos a lo largo de la adolescencia, los cuales subdividen a la etapa en temprana, media y tardía, donde cada espacio de tiempo presenta características particulares en la adolescencia temprana puede presentarse una inestabilidad de pensamiento lo que lo hace vulnerable, por otro lado, al medio, se comienza a vivir la necesidad de ser alguien, debido a influencia que se pueda percibir del medio, por lo que la aparición de rasgos referidos a trastornos puede comenzar a notarse, y por último; la tardía, refiere un momento de estabilidad si se logró consolidar a la autoestima, siendo capaz de tener una percepción y autoimagen que valide sus necesidades, en caso de no presentarla, aquellos rasgos que comenzaban a generar problemática en el adolescente, terminaran por mantenerlo en un punto medio o bajo de autoestima (Vázquez, 2018).

Retomando ahora la relación de adolescencia-autoestima, se aprecia la dificultad que atraviesan en esta etapa donde la confusión de roles; que se refiere a no saber en qué jerarquía se encuentran; situarse en la realidad y comenzar a ejercer una toma de decisiones por sí mismo, comienzan a generar crisis que pueden confundirse

con rebeldía, aversión a los valores adquiridos en casa o evitación de responsabilidades y aunque el funcionamiento principal de atravesar por esta etapa es crear la identidad, de modo que la persona reconozca sus creencias, valores, virtudes, fije metas, adquiera una nueva visión de su físico, fije un plan de vida y cree por tanto una autoimagen y autoconcepto (Machuca L. & Meléndez O., 2018), en ocasiones comienza a ser para quien lo vive, una época de molestia, estrés o un desencadenante de problemas orgánicos al intentar cubrir todos los requerimientos.

3.5 Autoestima, Autoconcepto y Autoimagen

Luego del recorrido y recogida de datos que explican el funcionamiento, definición y formas de construir la autoestima, cabe paso a mencionar algunos conceptos que se relacionan con la formación de una autoestima alta, media o baja, partiendo desde la concepción de un enfoque cognitivo que trabaja principalmente con estos para explicar la formación de la autoestima en las personas, en este caso de los adolescentes.

Retomando a Riso (2013) el autoconcepto es “lo que piensas de ti, al concepto que tienes de tu persona, así como podrías tenerlo de alguien más y, como es lógico, tal concepción se verá reflejada en la manera en que te tratas a ti mismo” (p. 10), de modo que permite la creación de opiniones que se reflejaran en la expresión libre que en algún momento pueda estar causado malestar, pues, la concepción de mí, puede ser negativa y dañar de manera deliberada así a otros por el rechazo o crítica que se puede generar.

En la adolescencia, manifestar un interés por fortalecer o modificar el autoconcepto, permite que de la misma forma la autoestima se mantenga mayormente consolidada, permitiéndole tener una percepción gratificante que no le genere molestia y refuerza su sistema de creencias; de manera contraria en caso de que este se encuentre consolidado con una gama de pensamientos denigrantes o descalificativos, el trato a sí mismo se transformara en desprecio, inseguridad, lo que genera una baja autoestima.

Consolidar este concepto suele ser laborioso, por lo que muchos de los adolescentes prefieren valerse únicamente de aquellos comentarios emitidos por su red de apoyo, que suele ser los amigos, para esto a continuación se enuncia algunas recomendaciones para crear un buen autoconcepto son:

- Ser flexible contigo mismo y con los demás, que refiere a que no existe una definición absoluta de lo bueno y malo, por lo que la incapacidad de modificar creencias o conductas, puede ser consecuencia de la rigidez o búsqueda de perfeccionismo, de modo que, se debe hacer una pausa y evaluación de lo que se opina y cuestionarse cuales de estas son ciertas.
- Revisa tus metas y las posibilidades reales para alcanzarlas, siendo un punto considerado a lo largo del capítulo, la relación baja autoestima se vincula con las metas, que en ocasiones no pueden si quiera ser fijadas. Este punto corresponde a la evaluación de las metas, la exigencia para cumplir lo que se propone dentro de las oportunidades que se tiene, sin caer en pretensiones que no serán logradas.
- No observes solo lo malo en ti, considera dirigir los esfuerzos a realizar lo que se sabe puede resolverse según las capacidades, dejando a un lado la concentración únicamente en los errores personales.
- Trata de acercar tu “yo ideal” a tu “yo real”, retomando algunos aspectos ya mencionados, centrarse en la situación actual, las áreas de oportunidad, lo que se encuentra cercano, dejando a un lado las metas imposibles, no como acto pesimista, sino real, que no engañe la percepción personal, y evitando el fastidio o frustración al no ser culminado (Riso, 2013).

Por otro lado, ahora es importante para hacer la comparativa entre estos conceptos, definir a la autoimagen, que se interpreta como el gusto que tengo hacia mí, es decir, cuan de mi agrado soy, no para el mundo, sino al momento que yo me observo; de tal modo que mantenemos una imagen mental que ha cambiado a lo largo del tiempo, en ocasiones esta percepción puede ser errónea como parte de las distorsiones

cognitiva, la opinión del ambiente y el anhelo de la imagen de otro generando una obsesión irreal que modifica o desencadena malestares en el individuo.

Algunas de las opciones para la construcción plena de la autoimagen son: definir la propia concepción de lo que es bello o estético, descartar la perfección física y criterios estrictos, tales como estereotipos o estándares sociales a los que se suele acudir como comparación; descubrir lo que te gusta de ti, transmitir mi imagen que se conjunta con ser libre y decidir transmitir lo que lo quiero.

Es importante mencionar otro concepto que involucra a los componentes de la autoestima, que es la autoconfianza, que pretende según Machuca L. y Meléndez O. (2018) “resolver conflictos de manera asertiva, ya que ayudara en diferentes retos que se le presenten en el transcurso de su vida, carecer de autoconfianza genera inseguridad e incapacidad de hacer frente a sus dificultades, convirtiéndola en una persona conformista” (p. 19). La fe en si mismo permite que elijamos las decisiones no solo correctas sino que haga sentir más cómodo a la persona, en el caso de los adolescente, permiten que además, tomen sus propias decisiones y sean capaces de enfrentarse a nuevos retos.

Comparando entonces el autoconcepto de la autoestima, se entiende que el primero se refiere a autopercepciones que vienen a partir de lo vivido en el ambiente, y que se fortalece con el fin de guiar a la conducta, mientras que la autoestima ubica al sentimiento, aprecio que he generado hacia mí de manera negativa o positiva a partir de la valorización personal, por último; la autoimagen donde se percibe una imagen mental de lo que es, representa y brinda al medio la persona.

3.6 Adolescencia, Fobia Social y Autoestima

Como ya se mencionaba dentro del Capítulo uno, la fobia social, se desencadena mayormente en la adolescencia, siendo este un momento decisivo en la persona, donde se establecen algunas características ya mencionadas, ahora, situados

en la situación actual de contingencia sanitaria, se agrega este último apartado con el fin de establecer el desencadenante de la fobia en la adolescente de estudio, como consideración principal, aun no se ha estudiado a fondo la influencia del aislamiento social como factor primordial de los casos de fobia social en adolescentes, sin embargo Mora en (2020), proporcionó un acercamiento donde distingue al aumento de la angustia y otros síntomas como parte de la contingencia sanitaria.

La privación de la interacción social crea un ambiente de conformismo en las personas con personalidad introvertida, desarrollándose el más apto espacio para continuar con las conductas de timidez y retraimiento; algunos de los detonantes de la ansiedad social descritos anteriormente, interfieren con la omisión a actividades sociales, por lo que la evitación que viene mediante un factor externo (en este caso medidas de prevención obligatoria), genera mayor temor anticipatorio ante el enfrentamiento social que se lleva a cabo en la nueva normalidad, y si bien la ansiedad social tiene un auge en la etapa adolescente donde se persigue satisfacer las expectativas de los demás y presenta miedo al rechazo del exterior, alimentar el aislamiento, genera aún más el incremento de cogniciones distorsionadas (Fernández et al., 2018).

Para Sánchez B., (2021) “el ambiente, la estructura y funcionabilidad de la familia, las condiciones de la vivienda, la situación socioeconómica que rodea al menor, unido a la existencia de recursos materiales y emocionales para afrontar el evento juegan un papel importante en la vulnerabilidad” (p. 4). Es esta vulnerabilidad del adolescente que incuba la aparición de situaciones caóticas que desatan pensamientos erróneos en su mente, distorsionando su percepción y por tanto fortaleciendo la aparición de rasgos de algún trastorno, siendo en este caso, las condiciones más adecuadas para desarrollar trastornos de ansiedad.

Una vez comentada la participación e influencia de la pandemia como desencadenante de la ansiedad o el incremento de rasgos de personalidad introvertida, ahora entonces, ver esta etapa de vida desde la conjetura de los elementos evocados en

este apartado, proporciona una relación de la pandemia con la baja autoestima, causada así mismo por la falta de contacto y referencia únicamente mediante las redes sociales, y medios de comunicación en general, siendo este el punto que regula la autoimagen, aun cuando no puede ser comparado de manera real, y si, por antecedentes ya sea genéticos, ambientales o situacionales, el nivel de ansiedad era elevado, mediante la influencia de los medios, se afecta el autoconcepto, disminuyendo así, la autoestima.

Capítulo 4 Metodología

El presente capítulo se describe el diseño de investigación con que se trabajó, así como la hipótesis y pregunta de investigación, de las cuales se despliegan las variables e instrumentos utilizados; así como una descripción de la población de estudio y el lugar donde se desarrolló el proceso, describiendo el marco contextual, donde se narra las condiciones del lugar, que permite conocer el panorama, comprendiendo así, algunas limitantes y alcances que se obtienen desde el entorno; además, se describe la situación del participante con quien se trabajó, por último, se plasma el plan de acción que se llevó a cabo para realizar la intervención basada en Técnicas Cognitivo-Conductuales para la disminución de los niveles de ansiedad y el aumento de su autoestima.

4.1 Diseño de Investigación

Al trabajar mediante una hipótesis que pretende cerciorarse de que la intervención cognitivo conductal propuesta generó una disminución del nivel de ansiedad y aumento del nivel de autoestima. Esta investigación se rige bajo lo expuesto en Hernandez et al. (2014), como un estudio de caso de tipo experimental, que “construye el contexto y se manipula de manera intencional la variable independiente y se observa el efecto de esta manipulación sobre la variable dependiente” (p. 155), lo cual pudo lograrse a partir de la intervención aplicada al sujeto, teniendo un alcance descriptivo con la cual se puede “medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas” (p.92).

Este tipo de alcance, considera las características observadas durante el proceso de intervención para especificar las propiedades, las características y los perfiles de la persona, proceso, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, pudiendo utilizar el mismo modelo, basado en el análisis y resultados obtenidos de este,

siendo una característica de los estudios de caso la descripción cualitativa de los resultados en la confirmación de la hipótesis mediante el uso de la estadística descriptiva para resumir las características importantes de los resultados (Triola, 2009), no obstante la investigación no se guía únicamente mediante un análisis cualitativo, al tratarse de un estudio experimental, el proceso refiere un enfoque cuantitativo, expuestos a través del uso de gráficos comparativos, teniendo resultados mixtos, los cuales son permitidos en los estudios de caso (Hernández et al., 2014).

4.2 Objetivos de la Investigación

Con el fin de guiar el proceso, como parte del estudio se estableció un objetivo con el que se intenta responder a la hipótesis expuesta en el siguiente apartado, para esto, el objetivo general es: *Intervenir mediante Técnicas Cognitivo-Conductuales para disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con trastorno de fobia social e incrementar su nivel autoestima*, el cual se acompaña de seis objetivos específicos que guían el trabajo, a mencionarse:

1. Identificar el Nivel de Ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad Beck (Guillén & González, 2019).
2. Evaluar la autoestima mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).
3. Intervenir a través del “Programa de intervención en adolescente con Trastorno de Fobia Social” mediante Técnicas Cognitivo-Conductuales.
4. Realizar un post test con el Inventario de Ansiedad de Beck para conocer el impacto de la intervención.
5. Aplicar el post test con Escala de Autoestima de Rosenberg para conocer impacto de la intervención.

6. Comparar los resultados mediante la exposición de los datos obtenidos del pre y post de los instrumentos aplicados ilustrado mediante gráficos, narrados a partir de la descripción de los hallazgos obtenidos.

De manera particular y desglosando los objetivos, en cada una de las sesiones de intervención que pueden observarse en el apartado de procedimiento o bien en Anexos, se retoma parte de estos, a su vez que menciona un objetivo específico para la sesión, de tal manera que la ejecución de estos pasos, permitan la obtención de resultados.

4.3 Hipótesis

Los objetivos de investigación permiten guiar el proceso que surgió desde la acumulación de dudas a partir de la observación de una problemática, las cuales desean responderse, creando así una premisa de trabajo la cual a través del diseño elegido y el procedimiento intenta demostrar que:

“El uso de las Técnicas Cognitivo - Conductuales para la disminución del nivel de ansiedad en un adolescente con fobia social permiten que incremente su autoestima”

4.4 Instrumentos

Como parte del proceso de intervención estructurado, se recurrió al uso de la medición de las variables mediante la aplicación de instrumentos que permitieron observar y comparar los resultados; estos recursos se seleccionaron basados en las necesidades del estudio, presentando confiabilidad y validez para la población, arrojando resultados que “vinculen conceptos abstractos con indicadores empíricos” (Hernandez et al., 2014, p. 199), siendo además objetivos con lo que se desea medir, cumpliendo con los requisitos de medición de niveles de ansiedad y autoestima.

Estas pruebas estandarizadas miden de forma específica un rasgo que en este

caso representan las variables, expresando en datos numericos sus resultados mediante categorias particulares, los cuales permiten emitir de manera cuantitativa los resultados, comparando los mismos para obtener una descripción cualitativa de lo ocurrido. A continuación, se describen a los instrumentos utilizados para evaluar respectivamente los niveles de ansiedad y autoestima.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Para evaluar la variable dependiente, se trabajó con el Inventario de Ansiedad de Beck (Guillén & González, 2019), también conocido como BAI por sus siglas en inglés, el cual consta de 21 preguntas con modalidad de respuesta de opción múltiple; la cual permite medir el grado de ansiedad presente en la persona, siendo apta para una población mayor a 13 años, atendiendo la etapa correspondiente a la adolescencia y adultos, sin edad máxima; es considerado un instrumento auto aplicable siempre y cuando se den previamente las indicaciones al sujeto. Dentro de los ítems se encuentran signos o síntomas de donde se obtienen puntuaciones del 0 al 3, validada por 4 puntos en escala de Likert, por lo que el resultado arroja un máximo de 63 y mínimo de 0, donde la persona tiene 4 opciones a elegir son: nada (en absoluto), leve, moderada y severamente, durante un periodo de una semana, contando además el estado actual de la persona (Beck, 1988).

A su vez, se distingue, cuatro aspectos significativos evaluados: subjetivo, neurofisiológico, autónomo y pánico, los resultados los arroja por su parte en tres niveles de ansiedad: Leve 6 a 15, Moderado de 16 a 30 y Severo de 31 a 63, incluyendo a la ansiedad mínima con un criterio menos a 5 puntos, sin embargo, esto se agrega como parte de la versión mexicana (Guillén & González, 2019).

En el año 2015, se realizó un estudio en adolescentes, donde se valida el uso del instrumento para conocer el nivel de ansiedad, basado en Tafoya et al. (2006), se encontró que “el BAI posee validez empírica, ya que diferenció estadísticamente entre

individuos con y sin diagnóstico de ansiedad, con una consistencia interna del instrumento de .86.” (Pulido et al., 2015, p.30).

Por su parte además se separa a los ítems para su evaluación dentro de dos categorías: *somática* y *cognitiva*, las cuales permiten una evaluación específica de las mismas en el vaciado de los resultados, aportando dos categorías por las cuales se puede evaluar la efectividad del proceso aplicado, teniendo entonces la siguiente discriminación de los ítems:

Tabla 5

Ítems de correspondencia en puntuaciones somáticas y cognitivas del Inventario de Ansiedad de Beck

| Ítems de Puntuación Somática | Ítems de Puntuación Cognitiva |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1 | 4 |
| 2 | 5 |
| 3 | 9 |
| 6 | 10 |
| 7 | 14 |
| 8 | 16 |
| 11 | 17 |
| 12 | |
| 13 | |
| 15 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |
| 21 | |

Escala de Autoestima de Rosenberg

Publicada por primera ocasión en el año 1965, está conformada por 10 reactivos que se contestan en una escala tipo Likert de cuatro opciones que son: Muy de acuerdo (A), de acuerdo (B), en desacuerdo (C), y, muy en desacuerdo (D), representadas en el instrumento mediante letras que permiten una mayor facilidad de respuesta por parte de quien lo contesta, siendo un cuestionario auto aplicable.

Cuenta a su vez en reactivos positivos y negativos que se califican de manera inversa, es importante conocer la versión utilizada para la aplicación, ya que puede variar la correspondencia de ítems, para lo cual se debe mantener la precaución al momento de calificar el instrumento, donde los ítems correspondientes del 1 al 5, se responden con una puntuación del 4 al 1 de la siguiente forma:

Muy de acuerdo (4), de acuerdo (3), en desacuerdo (2), muy en desacuerdo (1)

Siendo de manera contraria para los ítems correspondientes del 6 al 10 donde se aplica lo siguiente:

Muy de acuerdo (1), de acuerdo (2), en desacuerdo (3), muy en desacuerdo (4)

En México se utiliza la traducción propuesta por Geisinger 1994 y la revisión de Carretero 2007, que sustentan parte de la validez y confiabilidad del instrumento, donde se valida al instrumento en la aplicación a una población adolescente, permitiendo confiar en los resultados que provengan del mismo (Jurado et al., 2015).

De donde se obtienen los puntajes de la siguiente forma:

Tabla 6

Indicadores de Escala de Autoestima de Rosenberg

| Puntuación | Indicador de nivel de autoestima |
|-------------------|----------------------------------|
| De 30 a 40 puntos | Autoestima elevada |

| | |
|--------------------|------------------|
| De 26 a 29 untos: | Autoestima media |
| Menos de 25 puntos | Autoestima baja |

4.5 Preguntas de Investigación

La afirmación anterior, intenta responder a una pregunta de la cual surge como parte de la observación en el incremento de casos de ansiedad; presentes como rasgos o trastornos en la población adolescente, surgiendo así la siguiente duda: ¿cómo ayudar a disminuir sus malestares?; además de observar en algunos casos la presencia de una baja autoestima o retraimiento social, surgió un complemento a la cuestión anterior: ¿se pueden trabajar a la par ambas problemáticas?, es decir, la ansiedad y la autoestima a la vez mediante un mismo proceso.

Es así como llega la duda más significativa, ¿con que herramientas?, de este modo, se crea la línea base de la presente investigación al buscar responder a las preguntas anteriores, planteando el siguiente problema de investigación: *¿Disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con fobia social mediante Técnicas Cognitivo-Conductuales ayuda a incrementar su autoestima?* Como consecuencia de la investigación, surgieron nuevas interrogantes como lo son ¿Es la aplicación continua y cercana un determinante para los resultados? ¿Reproducir la investigación en un contexto similar retomando a la ansiedad en adolescentes arrojaría los mismos resultados? ¿Qué tan frecuente se observa la presencia de la fobia social hoy en día en adolescentes? ¿Qué herramientas pueden complementar el trabajo con el trastorno de fobia social? ¿Qué tal eficaz es el modelo cognitivo conductual en la intervención de los trastornos de ansiedad?, las cuales se responden como parte del proceso, pero que, además, permiten pautas para futuras investigaciones.

4.6 Variables

Dentro de las diferentes investigaciones que se llevan a cabo, cuando se trabaja mediante procesos medibles, aparecen variables que sustentan aquellos objetivos de la

investigación, llegando a obtener conclusiones y resultados al observar el movimiento de estas, respondiendo a la pregunta de investigación que se tenga, para Hernández et al. (2014), una variable es “una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse” (p. 104), en el estudio efectuó el uso de las siguientes variables:

Variable dependiente: Niveles de ansiedad

La ansiedad es un estado emocional producido de manera natural por el organismo y por ende se mezcla con los sentimientos, las reacciones o sensaciones fisiológicas y las conductas que realiza una persona (Navas, 1989). Así, las afectaciones que se encuentra propiciando la aparición de la ansiedad en la persona, desde signos y síntomas leves que pueden ser soportables y con los que vive la mayoría de los sujetos en su vida cotidiana, comúnmente relacionada con un aprendizaje sin causar consecuencias significativas, por otro lado la aparición de síntomas moderados puede referir mayores preocupaciones y a pesar de esto, poder ser controladas, a diferencia que una gravedad, donde no se es capaz de realizar actividades de la forma en que se espera por la afectación cognitiva, de tal forma que se mantiene latente en la persona.

Los indicadores importantes retomados para su medición surgen a partir de las características que se presentan ante la aparición de la ansiedad como lo son: *las cogniciones y las reacciones somáticas*, que se presentan como signos o síntomas en la persona y son medibles a partir de su frecuencia, que se obtiene en inventarios o pruebas psicométricas; dentro de los parámetros establecidos en el Inventario de Ansiedad de Beck (Guillén & González, 2019), se encuentran síntomas como: sudoración, intranquilidad, pensamientos recurrentes, temblores, bloqueo, entre otros, además la variable se evalúa bajo el nivel de gravedad que se presentan como nivel *mínimo, leve, moderado y severo*.

Variable independiente: Autoestima

Rosenberg en 1965 como se citó en De León & García (2016), conceptualizó la autoestima como “un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, que se construye por medio de una evaluación de las propias características” (p. 1), misma que permite al ser humano responder ante los acontecimientos que como persona se afrontan, cuando se presentan los niveles de ansiedad elevados, de manera contraria.

Es así como se pueden evaluar los indicadores de autoestima en el nivel que se presenta como *elevada, media y baja*, la cual se obtiene a partir de los criterios establecidos mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), que a su vez se complementa con la *autoimagen, autoconcepto y tipo de autoestima*, dentro de los cuestionamientos desglosados en los ítems, donde refiere cuestiones tales como el aprecio, la satisfacción e imagen que se tiene a si mismo.

4.7 Sujeto

La investigación se lleva a cabo con una adolescente, elegida de manera no probabilística o dirigida (Hernandez et al., 2014), a partir de las características de inclusión para la investigación, a mencionar: rango de edad correspondiente a la etapa de vida de adolescencia, presentar síntomas de ansiedad o un trastorno de ansiedad diagnosticado por psiquiatría y presentar problemas de autoestima.

Nacida el 5 de enero del 2005, con una edad de 17 años, que actualmente vive en una familia nuclear conformada por los padres y una hermana menor, con quienes tiene una buena relación, la familia se encuentra interesada en la problemática y se involucra en el tratamiento desde el momento en que ella decidió buscar apoyo psicológico y en todas las áreas que ella necesita.

Los padres comentan que la personalidad que actualmente presenta su hija se caracteriza por introversión y timidez, rasgos que están presentes como característica de la familia, el padre, además, ha presentado crisis de ansiedad por estrés, siendo así

el primer antecedente de la problemática actual por la que acude, la sintomatología actual, derivada de la situación mundial actual provocada por el SARS-COV2 que obligo el aislamiento social.

La adolescente acude a el Centro de Atención Psicológica de Urgencias “Casa de la Misericordia”, acompañada de su mamá, donde presentan el siguiente motivo de consulta, *“Timidez, desinterés escolar, ya no sale, no realiza actividades que hacía”*, luego de la entrevista contextual y una observación, se rescatan las siguientes características: Tono de voz bajo, evasión de la mirada, timidez, retraimiento, inseguridad, movimientos involuntarios, apatía, a su vez a nivel cognitivo presento pensamientos pesimistas, además menciona que no le agrada salir, presenta dolores estomacales al realizar algunas actividades, temblores, enojo, refiere sentirse agobiada en ocasiones y no realiza actividades que solía hacer como ir a la escuela, salir o actividades complementaria, inclusive, acuden al centro por la proximidad al hogar. Por su parte, la aparición de estos síntomas hace un años y medio, provocaron el abandono escolar, por la falta de participación.

Los síntomas mencionados con antelación además provocan que no se “sienta tranquila”, pues siente presión, le provoca pánico ver a mucha gente reunida; en cuanto a alimentación, de igual forma se presenta problemas, ya que, la familia menciona tener buena alimentación, sin embargo, ha presentado menos apetito, por otro lado, el sueño de igual forma se ve afectado, durmiendo en exceso algunas ocasiones, lo que no le permite realizar actividades durante el día.

Luego de la primera entrevista contextual que se realiza como protocolo del centro en la primera cita y por las características observadas, se refiere a la paciente a valoración psiquiátrica para obtener un diagnóstico certero, pues en el momento en que se presenta cubría características diagnosticas de según el DSM-5 de dos posibles problemáticas, “fobia social o agorafobia” (American Psychiatric Association, 2014).

La psiquiatra refiere a la adolescente para el acompañamiento psicológico con

el diagnóstico de *fobia social*, acompañada de medicación antidepresiva “*fluoxetina, 1 tableta por la mañana y por la noche*”, que por su parte apoyarían a la contención de los síntomas; sin embargo, lo que se pretende es su reinserción a la sociedad, su funcionalidad y aumento de autoestima, todo esto como antecedentes. Al momento de iniciar la intervención, la medicación se abandonó por decisión familiar, en acompañamiento con la psiquiatra, para obtener el progreso a partir de la asesoría psicológica únicamente, brindando la certeza de los resultados sin alteración médica. Para conocer otros antecedentes del sujeto estudiado se puede observar el apartado de anexos (Anexo CC).

4.8 Marco Contextual

La adolescente quien reside en el municipio de Orizaba acude a “La Casa de Misericordia”, perteneciente a Caritas A.C., ubicada en Ote. 2 401, Centro, 94300 Orizaba, Ver., CP. 94300, donde se da el servicio mediante el Centro de Atención Psicológica de Urgencias (CAPU), de asesoría psicológica gratuita, donde se cuenta con el apoyo de cuatro practicantes del área de psicología, dentro de este se atiende casos sin distinción alguna, trabajando con niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, según se requiera. Dentro el área de psicología, la institución cuenta con 3 consultorios destinados al área, donde se puede trabajar en un ambiente sereno, adaptados en un segundo piso, con equipo y ambiente apropiado para la atención a pacientes.

La agenda de citas y asignación de pacientes a cada integrante se realiza según la disponibilidad, donde no se realiza distinción alguna, ni existen requisitos particulares para recibir la atención, como medida de atención primaria y de urgencia, se estipuló el trabajo con cada una de las personas solicitantes, el trabajo de orientación durante seis sesiones únicamente, siendo un espacio de contención y no de psicoterapia, aclaración que se le brinda a cada uno de los solicitantes, además, el servicio se brinda por un tiempo de 50 a 60 minutos máximo, para optimizar los tiempos y brinda un apoyo al alcance de todo quien lo solicite.

El sitio mantiene un espacio destinado al área psicológica, tanatológica, orientación con trabajadores sociales, asesoría legal, consultas médicas que brindan apoyo general a la comunidad. Además, cuenta con un comedor comunitario, que genera los apoyos principalmente para la población vulnerable de escasos recursos, sin embargo, no se excluye o niega el apoyo a nadie. El sitio se encuentra ubicado en una zona de posibilidad económica media-baja.

Dentro del área de destinada a la atención psicológica, se contó con cuatro espacios destinados, con condiciones adecuadas para las necesidades de la adolescente, y el público general; tres de los espacios ubicados en la planta superior del edificio y uno adaptado como área psicológica y médica, donde principalmente se brindaba orientación a quien presentara dificultades para subir escaleras.

Todos contando con ventilación en cuanto a ventanas que permiten la entrada de aire fresco y equipado con ventiladores; iluminación eléctrica, entrada de luz solar y mobiliario apto tal como lo es: escritorio, sillas, sillones, artículos de papelería necesarios y alcance de botiquín médico de emergencia; teniendo un espacio amplio con puertas que aíslan sonidos exteriores que permiten la privacidad.

4.9 Procedimiento

En este apartado se narra de manera detallada, algunos puntos importantes que se llevaron a cabo en la intervención, donde se organizó un plan de trabajo, medido por tiempos, horarios y alcances, basados en objetivos, teniendo como objetivo general: Intervenir mediante TCC para disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con trastorno de fobia social e incrementar su nivel autoestima, seguido de seis objetivos específicos.

Retomando entonces, el proceso comenzó cuando la adolescente acude a solicitar orientación psicológica al departamento CAPU en Caritas de Orizaba A.C., donde se le atiende desde sus necesidades, acudiendo ya con el diagnóstico de fobia

social. Se realizó la evaluación inicial que generalmente se lleva a cabo como procedimiento interno; donde se expone el motivo de consulta, mediante el cuestionamiento libre, expresión de expectativas y punto de vista de los padres, esto como antecedentes importantes respecto al planteamiento de objetivos específicos.

Se eligió a la presente muestra mediante una selección no probabilística o dirigido, descrito por Hernández et al. (2014) como una “selección orientada por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (p. 189), de este modo al cubrir con las características requeridas en cuanto a etapa de vida situada en la adolescencia, cubrir criterios de rasgo o trastorno de ansiedad que en este caso es: fobia social y arrojar rasgos de autoestima baja, respaldados por psiquiatría, cubría así, todos los criterios de inclusión y determinación de la población estudio.

Una vez determinada la población para el estudio, la cual es: *una adolescente con trastorno de fobia social*, se solicitó la autorización de los padres con la finalidad del apoyo en el presente trabajo, lo que permitió de este modo informarle a la adolescente para conocer su aprobación respecto a su participación, de tal forma que todos estuvieran dispuestos al trabajo, firmando una carta de confidencialidad y autorización que permite el uso de la información descrita (Anexo B). Por otro lado, se solicitó el permiso dentro de la Institución “Caritas de Orizaba A.C.” en Casa de la Misericordia (Anexo A) para realizar el trabajo de investigación, obteniendo autorización para poder obtener datos significativos y evidencias dentro del centro.

Posteriormente se efectuó la estructura del programa de intervención que se desglosa más adelante donde dentro de la primera sesión (Anexo J), así mismo, en esta sesión, se le encuadro a la adolescente en el modelo de Terapia Cognitivo Conductual bajo el cual se rige el proceso y se realiza la aplicación de las escalas de ansiedad y autoestima (Anexo C y D), para conocer el nivel de ansiedad que presenta antes de la intervención y de igual forma la puntuación de autoestima para poder explicar la diferencia que causa el proceso de orientación bajo las técnicas cognitivo conductual.

Durante las sesiones posteriores, una vez que se conocía el nivel y resultados de ambas escalas Inventario de Ansiedad de Beck (1988) y Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), se aplicó el plan intervención basado como se puede constatar en el marco teórico, a las técnicas de la segunda generación en el modelo de terapia, el programa se estructuro de tal forma que se centra en la disminución de la ansiedad, sin embargo, el trabajo de autoestima se dio de manera sutil, brindándole importancia a pesar de no ser el elemento principal, otorgando herramientas y tiempo de las sesiones a esta, como consecuencia de modificar y crear nuevas creencias y pensamientos, que fueron complementadas con actividades sutiles que reafirmaran el aumento de esta, teniendo mejor autoconcepto.

El proceso se trabajó de la siguiente manera:

Nombre del Programa:

Programa de intervención para adolescente con Trastorno de Fobia Social

Objetivo general: Intervenir mediante TCC para disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con Trastorno de Fobia Social e incrementar su nivel Autoestima

Sesión 1: Aplicación de instrumentos (Pretest) (Anexo J)

Objetivo: Establecer una relación terapéutica con la adolescente, aplicación de instrumentos y firma del consentimiento informado.

Estrategias utilizadas:

Establecimiento de rapport mediante el dialogo y acompañamiento, exploración del motivo de consulta, cuestionamiento libre, de tal modo que no se prestara a entrevista directa, explicación del Modelo Cognitivo Conductual) psicoeducación que

permita un acercamiento de la paciente al modelo), fijación de objetivos, aplicación de escalas de ansiedad y autoestima respectivamente, firma de consentimiento informado.

Sesión 2: Conceptualización cognitiva (Anexo L)

Objetivo: Lograr que la paciente identifique y tenga un primer acercamiento a los conceptos principales con los que se trabajara durante la intervención

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, establecimiento de agenda, fijar objetivos y atender prioridades, psicoeducación, mediante la exposición de videos y material escrito (Pensamiento automático, creencia central y creencia intermedia, resumen de parte de la paciente, aclaración de dudas. Tareas: Autoestima y ansiedad respectivamente

Sesión 3: Trabajo en pensamientos automáticos (Anexo O)

Objetivo: Identificar y trabajar los pensamientos automáticos de la adolescente, de modo que comience a generar conciencia de ellos y les otorgue un valor

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, establecimiento de agenda, fijar objetivos y atender prioridades, revisión de tareas, flecha descendente, restructuración cognitiva de pensamientos automáticos: a través del Pensamiento Socrático, identificación de un pensamiento automático, mientras se busca elementos a favor y en contra, que permitan a la adolescente traer situaciones y pensamientos, pregunta integradora, psicoeducación autónoma, explicación de lo trabajado durante la sesión, resumen, Establecer Tareas.

Sesión 4: Trabajo en creencias intermedias (Anexo P)

Objetivo: Identificar las creencias intermedias que mueven su conducta en la vida diaria, de tal modo que puedan modificarse por creencias que sean funcionales para la adolescente, logrando soluciones efectivas.

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, establecimiento de agenda, fijar objetivos y atender prioridades, revisión de tareas, identificar patrón de conducta, retroalimentar sobre el patrón de conducta, introducción a creencias intermedias: técnica de identificación: Mitad de segmento.

Luego de evaluar mediante la mitad de segmento, representación de las creencias intermedias en una gráfica, Roll playing, pregunta integradora, resumen de paciente, explicación y evaluación de lo trabajado durante la sesión

Sesión 5: Trabajo en creencias centrales (Anexo R)

Objetivo: Identificar las creencias centrales de la adolescente, las cuales rigen la percepción que tiene de si, logrando nuevas creencias que permitan a su vez de manera implícita un nuevo autoconcepto

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, establecimiento de agenda, fijar objetivos y atender prioridades, flecha descendente para creencias centrales, explicación por parte del paciente de lo que significa para ella la creencia central expresada, relocalización de contrastes extremos; creación de una nueva creencia central, relocalización de contrastes extremos con nueva creencia.

Psicoeducación sobre creencia central y como esta, le estaba detonando la ansiedad, explicación y evaluación de lo trabajado durante la sesión, fijación de tarea.

Sesión 6: Resumen de aprendizajes y autoestima (Anexo T)

Objetivo:

Evaluar el progreso de la adolescente con el trabajo que se ha brindado, de tal modo que pueda modificarse las estrategias y objetivos si en algún momento así lo desea e identificar con la paciente el área de mayor conflicto personal, que a su vez detona a la ansiedad, ideando soluciones y prioridades que se pueden atender.

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, revisión de tarea, establecimiento de agenda, fijar objetivos y atender prioridades, recuento de las actividades realizadas durante las diferentes sesiones. Trabajo con Autoconcepto, autoestima y autoaceptación, mediante: Cuadro de creencias, autoconcepto, establecimiento de prioridades del cuadro y evaluación de posibilidades para lograr prioridades. Resumen de la sesión. Fijación de tareas.

Sesión 7: Exposición interoceptiva (Anexo V)

Objetivo: Generar un ambiente donde se provoque ansiedad en la paciente, de modo que logre observar que experimentar ansiedad no le llevara a consecuencias negativas.

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, revisión de tarea, aplicación de protocolo de exposición interoceptiva, resumen de sesión y exposición de reacciones experimentadas, resumen de sesión, pregunta integradora.

Sesión 8: Reforzamiento de autoestima (Anexo Y)

Objetivo: Integrar el trabajo encubierto referente a autoestima de tal modo que identifique los cambios observados en este rubro y fijación de objetivos personales.

Estrategias utilizadas:

Exploración de la semana, evaluación de la exposición interoceptiva, resumen de la paciente sobre aprendizajes, retomar cuadro de creencias, autoconcepto de sesiones anteriores, pregunta integradora autoestima, psicoeducación referente al abordaje de autoestima encubierto en la ansiedad. Entrega para observación de caja de recursos y explicación del objetivo de esta. Resumen de sesión.

Sesión 9: Post test y prevención de recaídas (Anexo Z)

Objetivo: Brindar a la paciente una orientación y resumen de lo trabajado durante las sesiones, recordando las herramientas que ahora conoce para enfrentar nuevos momentos de ansiedad.

Estrategias utilizadas:

Recuento de acontecimientos significativos, recuento de actividades, acontecimientos y aprendizajes, impresiones terapéuticas, prevención de recaídas. Entrega de reconocimiento de proceso y logros. Entrega de nuevas creencias centrales descubiertas y trabajadas en una ficha bibliográfica, escucha de percepción que tiene ahora de sí misma, escribir cualidades, virtudes, fortalezas en una ficha bibliográfica. Aplicación de Post test, Inventario de Ansiedad de Beck (Guillén & González, 2019) y Escala de Autoestima de Rosenberg (1965). Devolución de Caja de Recursos y explicación de uso e integración por parte de la paciente. Cierre de intervención.

Al culminar con la aplicación del programa de intervención, se realiza la conjunción y evaluación de las diferentes sesiones, recibiendo de manera palpable el progreso obtenido a través de las sesiones al aplicar nuevamente los instrumentos, generando entonces los resultados comparativos que permiten conocer la veracidad de la hipótesis de trabajo, los resultados serán expuestos de manera descriptiva y gráfica, desglosando la efectividad, alcances y limitantes que se encontraron al llevar a cabo el proceso, así como eficacia de las herramientas utilizadas, descritas anteriormente.

Resultados

Luego de llevar a cabo el proceso de investigación, planeación e intervención a partir de lo establecido, el proceso del presente trabajo debe cerrar brindando una síntesis de lo obtenido como consecuencia de la modificación de las variables trabajadas, así, con el fin de una mejor comprensión de las conclusiones, se elaboró un vaciado de los resultados obtenidos a partir de la aplicación de las escalas a modo de gráficos, donde puede ser visible la relación de los datos, que muestran la disparidad entre las aplicaciones de instrumentos, logrado a partir de la intervención, de modo que responde a la pregunta de investigación.

Al elegir trabajar con un estudio caso obtenido de manera no probabilística (Hernández et al., 2014), donde el diagnóstico se encuentra comprobado, se presentan características de ansiedad presentes y observables de primer impacto; el desafío de modificar los valores de las variables “autoestima” y “niveles de ansiedad” a saber, significo el desarrollo de una intervención adaptada y funcional acorde a la adolescente y su condición que, a su vez, comprueba los efectos de las técnicas cognitivo conductuales.

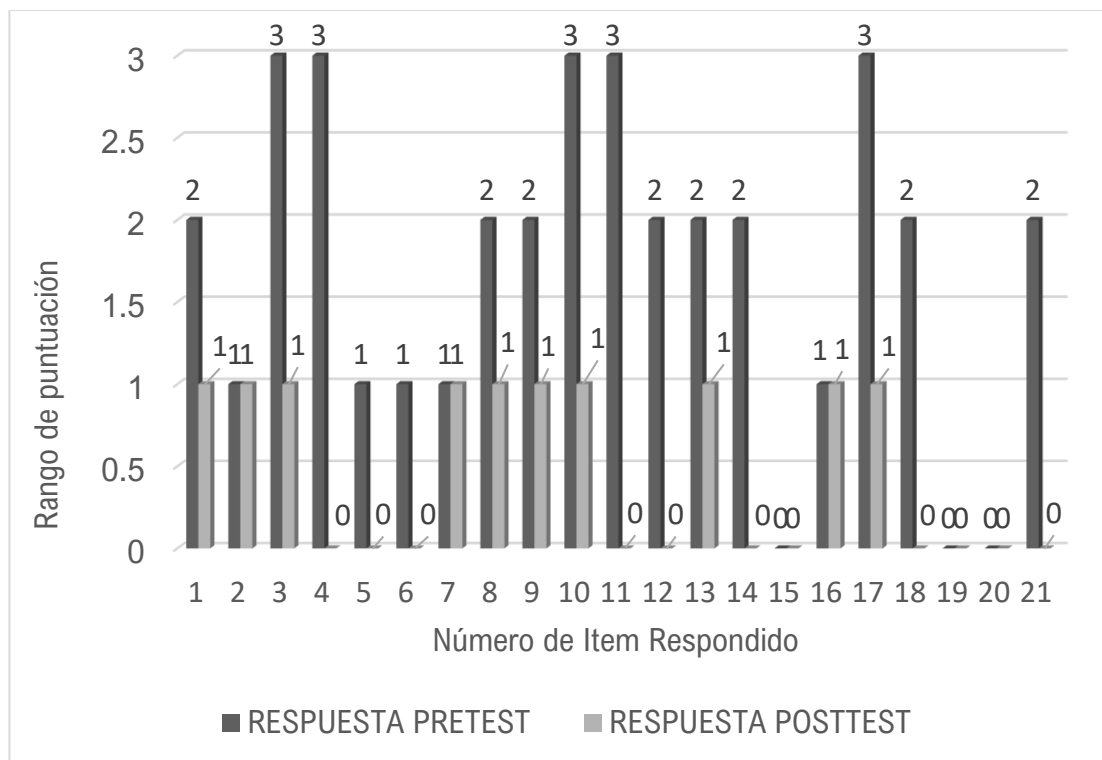
A continuación, se resume gran parte del trabajo realizado de modo que puede ser observado en medida y bajo el régimen de la cuantificación que rige a los instrumentos y a su vez al enfoque de trabajo, comparando resultados del inicio de la intervención, para el primer instrumento aplicado: Inventario de Ansiedad de Beck (Guillén & González, 2019) (Anexo C), es importante retomar los valores de resultados, que arroja, divididos en ansiedad: Leve 6 a 15, Moderado de 16 a 30 y Severo de 31 a 63. Del mismo modo en el instrumento de autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) (Anexo D), los valores se categorizan en De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada, de 26 a 29 untos: Autoestima media y menos de 25 puntos: Autoestima baja; teniendo en cuenta estos rangos de calificación que brindan ambos instrumentos, entonces es debido interpretar los ejecutado en las siguientes graficas.

Antes de conocer los resultados, es importante mencionar que, el fin de la intervención es disminuir el nivel de una variable (variable dependiente) y aumentar por consiguiente la siguiente variable (variable independiente), sin establecer una correlación, ya que no es un factor posible al trabajar con un estudio de caso.

La primera gráfica, retoma la puntuación obtenida mediante la primera aplicación del instrumento que puede ser observada en (Anexo E), que se llevó a cabo durante la primera sesión, al igual que, retoma los resultados obtenidos durante la aplicación realizada al culmen de la intervención (Anexo F).

Gráfica 1

Relación de Ítems. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck.

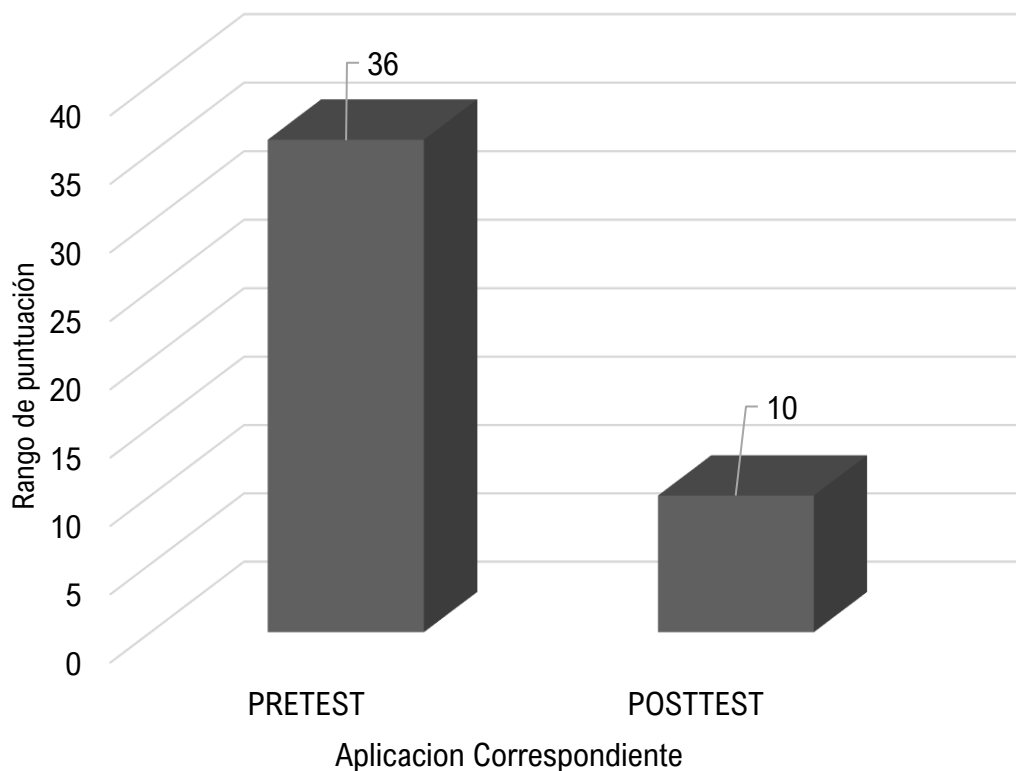


La función del grafico es mostrar la diferencia de respuestas correspondientes a cada Ítem del instrumentos, mismos que funcionan para conocer la evaluación somática y cognitiva de las respuestas que es comparada más adelante, por ahora, es notable la diferencia a partir de la comparación entre el pretest y posttest, comprobando

de manera visual, la eficacia de la intervención realizadas, ahora bien, en el siguiente gráfico, se observa una diferenciación entre los valores en puntuación total obtenida, donde si bien en el anterior se observan de manera elevada los picos en puntuaciones que se mantenían arriba de 1, en el posttest se aprecia una disminución en los valores de modo que la puntuación indica un rango de nivel de ansiedad más bajo, como se muestra a continuación.

Gráfica 2

Relación de Resultados. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck



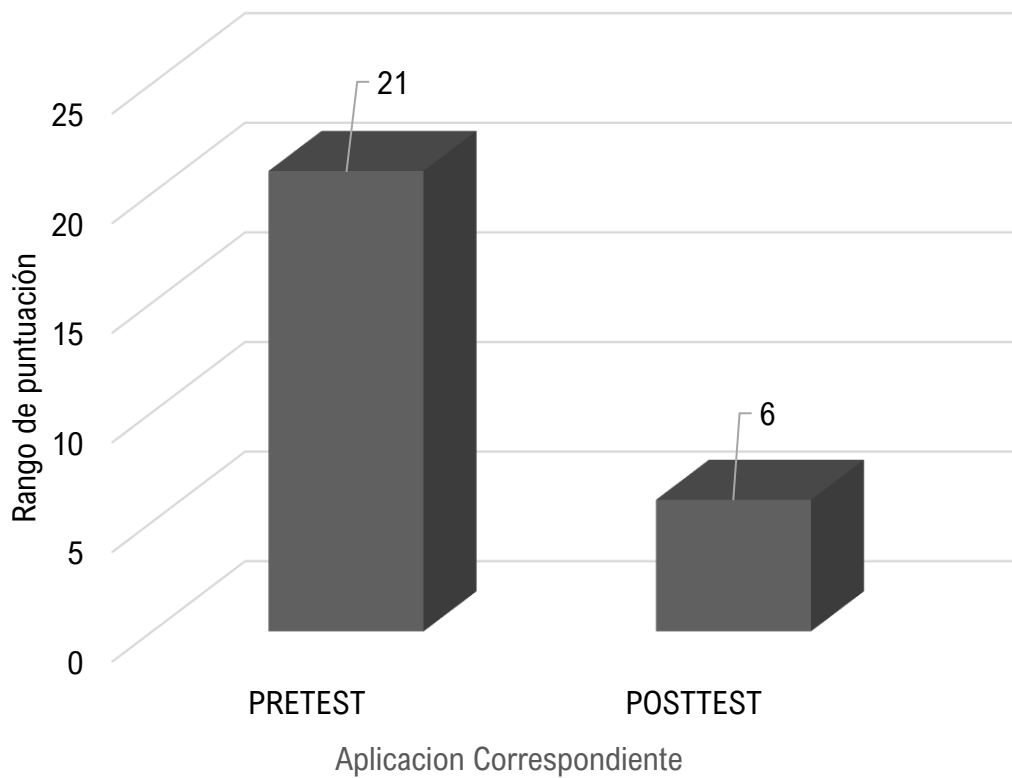
Se observa una diferencia entre los valores obtenidos, mostrando, por tanto, un resultado en la primera aplicación de 36 puntos, situando un nivel de ansiedad severo a comparación del posttest con una puntuación de 10, situada en un nivel de ansiedad leve. Lo que indica la disminución comparada al aplicar la intervención Cognitivo Conductual, creando en la persona una mejor adaptabilidad a condiciones que generen

ansiedad, esta disminución permite comprobar que los procesos cognitivos trabajados a lo largo de la intervención son funcionales y le generan menor aparición de los signos y síntomas descritos en los ítems y su división en indicadores somáticos y cognitivos.

A continuación, se muestra la variación de resultados entre los factores evaluados a partir del instrumento en sus dos indicadores:

Gráfica 3

Relación de Índice somático. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck

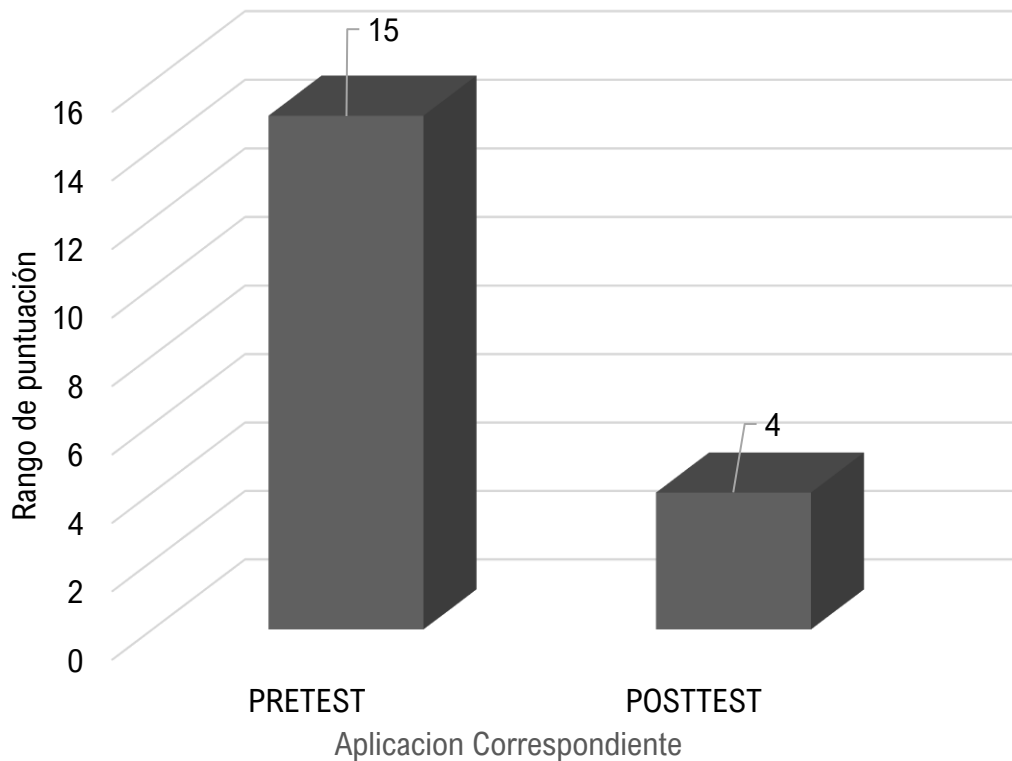


Dentro de los valores somáticos establecidos en los ítems: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 18, 19, 20 y 21, se obtuvo una disminución importante de manera global al contabilizar los valores de estos, pudiendo llegar a obtener un puntaje hasta de 41 y mínimo de 0 puntos; en la primera aplicación se obtuvo una puntuación de 21, teniendo una disminución de 15 puntos una vez terminada la intervención.

Estos valores indican la disminución en la aparición de indicadores somáticos, que genera la persona como reacción ante los estímulos que le causan ansiedad; retomando los establecidos dentro del inventario se observa una disminución en reacciones tales como entumecimiento, bochornos o acaloramiento, temblores involuntarios, aparición de pensamientos irracionales, latidos del corazón inexplicablemente fuertes, sensación de agobio e inestabilidad que pueden bloquear a la persona, inseguridad, problemas digestivos, problemas para conciliar el sueño y sensación de sudores fríos o calientes según la persona y su cuerpo lo indique. De manera más específica los valores pueden observarse dentro del bloque de anexos donde se presentan los resultados del inventario aplicado (Anexos F y G).

Gráfica 4

Relación de Índice cognitivo. Pretest y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck



De la misma forma en la gráfica anterior se rescatan ahora los indicadores

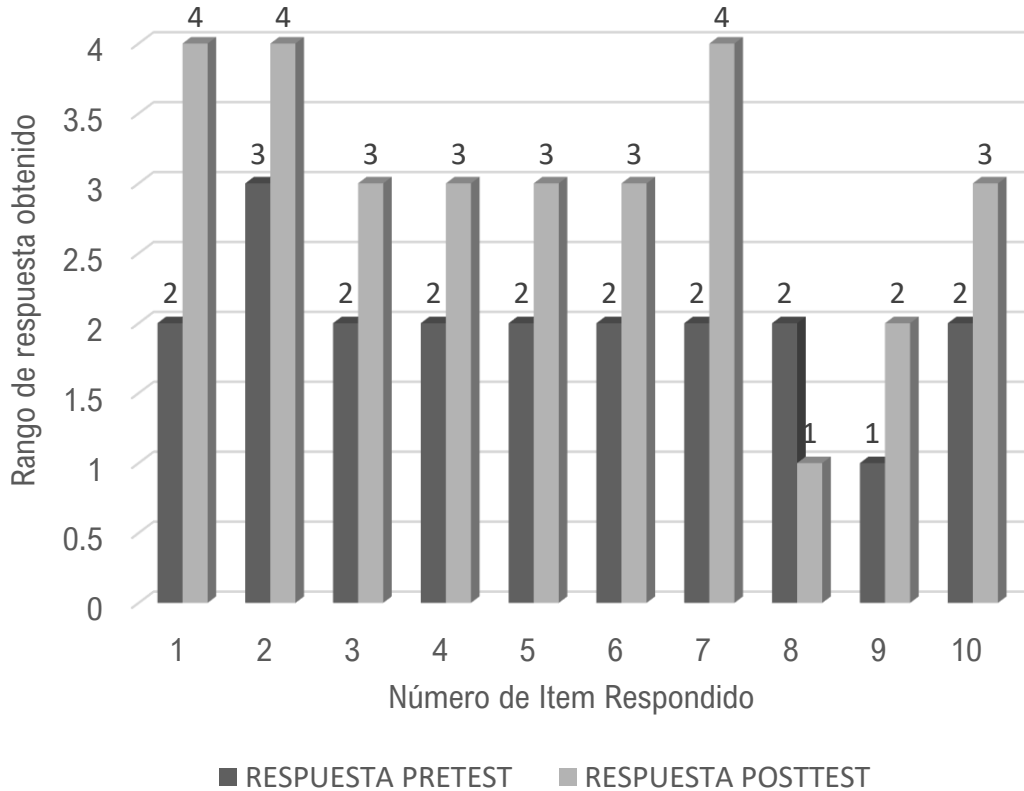
cognitivos que presentaron un cambio a partir de la aplicación de la intervención, en los ítems: 4, 5, 9, 10, 14, 16 y 17, donde tuvo la variación de 11 puntos entre la primera y segunda aplicación, indicando una mejora en la reestructuración cognitiva del adolescente, lo que le genera una mayor capacidad para relajarse, disminuyendo la aparición de pensamientos irracionales que puedan llevarle a pensar lo peor de las situaciones que viva; además de disminuir la sensación de miedo en sus relaciones sociales, consigo misma y ante la aparición de nuevos retos; todo este conjunto de indicadores cognitivos que surgen de los procesos mentales se fortaleció y comprobando a su vez la validez de la reestructuración cognitiva en adolescentes, haciéndose consciente de aquellas ideas que surgen de manera automática y no le permiten disfrutar de los momentos en que aparecen, y al lograr identificar estos pensamientos, genera un control los mismos que le permite decidir cuáles son funcionales en su vida

Se presento la comparativa de valores del componente somático, las cuales se encuentra presentes en el trastorno fobia social como indicadores, donde se observa una disminución en la aparición de estos factores ante los detonantes de ansiedad que se puedan experimentar; mostrando una diferencia significativa en los valores de los ítems. Así mismo, los valores indicadores de respuestas cognitivas plasmaron una variante significativa en cuanto a sus respuestas; ambos indicadores en conjunto sustentan los resultados y permiten de manera conjunta brindar una conclusión positiva respecto a los objetivos propuestos para el estudio.

Por otro lado, corresponde observar el cambio obtenido a partir de la manipulación en la variable independiente: autoestima, se encuentran los resultados de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), donde se observan los resultados mediante gráficos que comparan los resultados, de tal modo que lo obtenido durante la primera aplicación (Anexo G) y el post test de la prueba (Anexo H), se encuentran en las respuestas obtenidas a cada uno de los ítems que se encuentran en el instrumento, pudiendo conocer así la diferencia de valores obtenidos en cuanto a los criterios de calificación, brindando los resultados que se muestran a continuación:

Gráfica 5

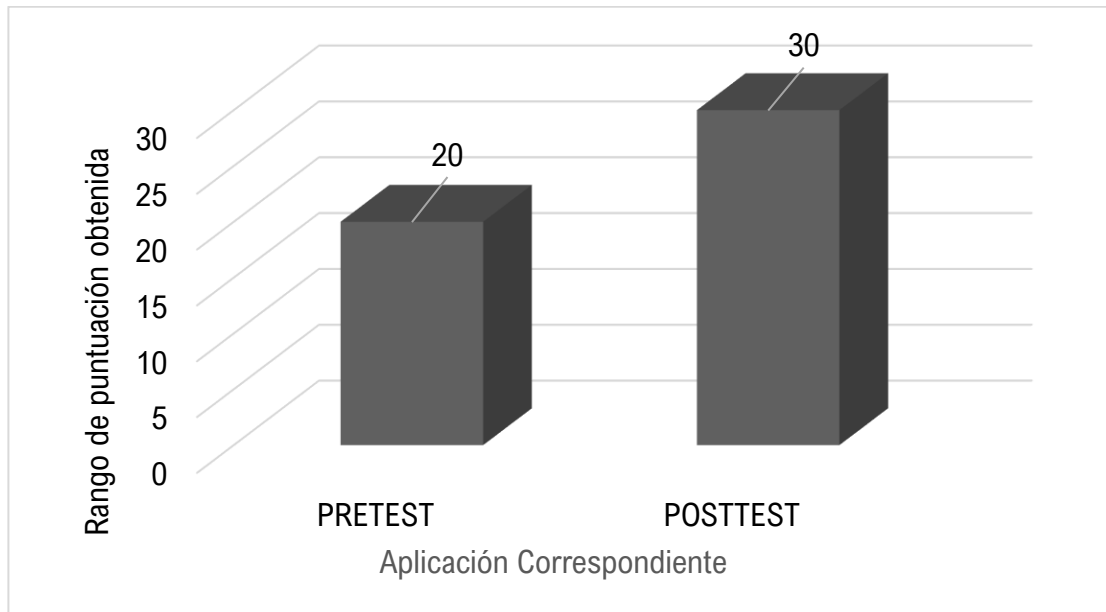
Relación de Ítems de escala de autoestima de Rosenberg



Retomando estos criterios, la primera aplicación arrojó un resultado de 20, encontrándose dentro de un nivel de autoestima baja, en comparación con el post test donde se ve un aumento de diez puntos con un resultado de 30, tenido un resultado limítrofe dentro del rango de autoestima elevada, por lo que es importante considerar el seguir alimentando esta variable en la adolescente, de tal modo que se encuentre en un rango unos puntos más elevados, ubicando cuales son aquellas respuestas que pueden reforzarse más adelante, siendo significativo para esta investigación el resultado arrojado, teniendo una variación de 10 puntos, manteniendo a la adolescente lejos del puntaje bajo, mismo que además, como se observa en el grafico a continuación, permite observar que la aplicación llevada a cabo, funcionó de la manera esperada en la adolescente, y el encubrimiento de la variable dentro de la modificación conductual a partir de la reestructuración cognitiva arrojó un resultado favorable.

Gráfica 6

Comparación de Resultados de Escala de Autoestima de Rosenberg



Dentro de los cuestionamientos obtenidos a partir del instrumento, se puede observar una mejora entre los indicadores establecidos, primeramente teniendo una mejor autoimagen, obtenida a partir de la generación de condiciones positivas sobre sí misma y la forma en que se ve cómo ser humano; fortaleciendo de igual forma su autoconcepto de manera conjunta, a observar la diferencia en su respuesta, generando consciencia de sus cualidades, así como el valor y aportes que genera la sociedad; mandándole una mayor confianza en las relaciones interpersonales, entrando en el rango de un tipo de autoestima alta, que se caracteriza por la apropiación de las características propiedades y virtudes y defectos mencionados en el marco teórico que la hacen responsable de sí misma y sus pensamientos.

Ahora bien, comparando ambos instrumentos, entonces obtenemos la variación entre ambas escalas de tal modo que comprueba la hipótesis propuesta, dándole una respuesta acertada según lo que se puede observar en las gráficas y respuestas obtenidas por la adolescente, de igual forma es importante, evaluar el programa de intervención diseñado, utilizado para llevar a término estos resultados, ya que son parte fundamental

de estos, para conocer más a fondo la evaluación de cada una de las sesiones y su estructura, las cartas programáticas se encuentran en el apartado de anexos, de tal modo que pueda ser replicado el programa en caso de ser requerido.

Considerando cada una de las sesiones, la primera sesión, cumplió el propósito de poder llevar a cabo la evaluación psicológica mediante la aplicación de los instrumentos, de tal modo que se llevó a cabo el objetivo de la misma, además se consiguió la autorización de los padres y adolescente para iniciar el proceso, lo que lleva a segunda sesión donde el acercamiento a la teoría a partir de la conceptualización cognitiva mediante la explicación y visualización de videos, fue una herramienta dinámica, que si bien, no dejó los conceptos establecidos en esta sesión, se considera común, pues el adolescente, no tiene el acercamiento al modelo, por lo que el conocimiento de algo nuevo, siempre requiere el proceso de aprendizaje.

Dentro de la tercera sesión (Anexo N), considerando el punto anterior, se realizó un resumen de la conceptualización, misma donde se evalúa el conocimiento o no de los términos, dando pauta a continuar el proceso, ya que es fundamental que tenga el conocimiento de estos, así entonces se facilitó la tarea de la evaluación de pensamientos automáticos, a partir de las técnicas cognitivas de Aaron Beck y Ellis, retomadas en el marco teórico, principalmente, la reestructuración cognitiva, que funciona como una contención ante la problemática e incluso puede brindar la satisfacción, pero es solo el primer paso, que nuevamente se utiliza más adelante.

Durante las siguientes sesiones, se trabajó con las creencias centrales e intermedias, que como bien Beck y Clark (2012) retoman, son las ideas que bien obtenemos del medio y hacemos nuestra y por otro lado, las reglas o estatutos que guían el funcionamiento, este trabajo se realizó en las sesiones 4, 5 y 6 donde precisamente para llevar a cabo una evaluación previa a la aplicación del instrumento, se realizó un resumen para conocer si era necesario que se agregara de manera emergente una sesión que le permitiera trabajar más a fondo, sin embargo se obtuvo un resultado favorable, donde el trabajo se encontraba encaminado de la forma esperada, de tal modo que

entonces, la adolescente se encontraba preparada para la exposición interoceptiva en la siguiente sesión, donde es primordial manejar los conceptos cognitivos para expresarlos a través de los sucesos vividos en el ejercicio, de tal modo que pueda ser comprensible para ambas partes la funcionalidad de éste.

Dentro de esta aplicación, los resultados fueron oportunos, brindando a la adolescente la certeza que los momentos de ansiedad que se viven no la llevarán a extremos como perder la vida, que además pueden ser controlados y evaluados, dando pauta a la ejecución de los procesos cognitivos y aparición de nuevas creencias y pensamientos automáticos en ella, siendo entonces funcional para la adolescente y dentro del proceso, como consolidación de sus creencias centrales, intermedias y pensamientos.

En el resumen que se realizó, se trabajó con la autoestima de la adolescente mediante la fijación de metas y conocimiento de sus virtudes, áreas de oportunidad, además que retomando actividades de tareas, llevará a culmen el trabajo de autoestima, que se refuerza en la sesión 8, dentro de la cual se retoma la caja de recursos y se brinda un cierre al trabajo realizado, observando entonces aquellas cualidades que de pronto el medio tiene de sí y no observa, aportando creencias intermedias que son proporcionadas de manera externa, pero que al ser positivas, fortalecen el autoconcepto, explicando el trabajo encubierto que la paciente pudo o no percibir, dando como resultado, una mejora que es observable en el instrumento aplicado y analizado anteriormente.

Por último, a fin de brindar un cierre, el trabajo final, se basó en una evaluación propia de la paciente, donde concretaba todo lo aprendido, observado y que ahora forma parte de ella, de tal modo que se llevó a cabo la aplicación de instrumentos, y el apoyo a prevención de recaídas, donde es capaz de observar sus herramientas y puede enfrentar ahora a la ansiedad.

Los resultados de los instrumentos, y el cierre de sesiones lograron que fuera

capaz de expresar un autoconcepto distinto y fortalecido, una mejora en las habilidades sociales por añadidura, la reinserción social de manera funcional, dando respuesta a que, de manera general, todas las técnicas retomadas en la estructura propuesta, a partir de la reestructuración cognitiva, funcionaron en la adolescente, resultados que se expusieron con anterioridad, dando satisfactoriamente una respuesta favorable al uso de esta intervención a través de la orientación psicológica, brindando además, la certeza de que el uso de las técnicas elegidas pueden ser replicadas y continúan teniendo funcionalidad en el presente, siendo un factor que puede comprobarse de manera implícita en el proceso realizado, por lo que se concluye la efectividad de: las técnicas cognitivo conductuales, en específico cognitiva, la respuesta a la hipótesis y pregunta de investigación y, además que el trabajo bajo una variable, puede de manera encubierta, dar mejora a otra variable.

Análisis

Al largo del proceso de investigación llevado a cabo, surgieron interrogantes, que pudieron o no ser resueltas dentro de los alcances, algunas obtuvieron respuesta mediante el análisis de diversos autores o la revisión documental, que se encuentra plasmada en el marco teórico el cual, encamina el proceso de intervención una vez que se conocieron los niveles de ansiedad y autoestima dentro de las escalas que permitieron evaluar y dar un resultado cuantificable que permitió conocer la eficacia de la intervención aplicada.

La Terapia Cognitivo Conductual se ha posicionado como una de las más utilizadas dentro de los trastornos de ansiedad, elaborando métodos de intervención novedosos que mantengan a la adolescente en su presente, resolviendo los problemas que afronta, es así como la implementación de este trabajo para comprobar su eficacia ante el panorama actual ha permitido comprobar la hipótesis primordial bajo la cual se rige la investigación.

El uso de la psicoterapia como método de afrontamiento de problemas o situaciones que mantienen un estado de inestabilidad ha tenido un auge en los últimos años, dentro de esta investigación a pesar de no ser una variable o un elemento a comprobar; el uso de las técnicas elegidas, permite el acercamiento en una población adolescente, brindando su validez en trastorno de fobia social, indagando además, algunos de los síntomas ansiosos en esta población; por lo que se puede examinar el impacto que estas tienen en la actualidad, brindando una certeza de su uso en el trabajo terapéutico, brindándoles validez en la actualidad.

Respecto a la reestructuración cognitiva, los resultados obtenidos se pueden conocer mediante los anexos, sin embargo, modificar el pensamiento de la adolescente a partir de que conozca y haga consciente aquellos pensamientos que se producen de manera automática en su mente; así como evaluar los procesos de creencias centrales

y modificar las ideas que tiene sobre sí misma, evaluando a las creencias intermedias, como bien se puede retomar en el Capítulo 2, dentro del apartado 2.5, donde precisamente se ahonda en estos conceptos que aportan Beck y Clark (2012), dando pauta a la importancia de brindar una significativa conceptualización cognitiva, como base para los conocimientos posteriores, de manera que sea capaz de replicar los aprendizajes en el momento que sean requeridos, proporcionándose la contención sin necesidad de el acompañamiento cercano.

El proceso cognitivo llevado a cabo, se eligió según las características de la adolescente, primero considerando precisamente la etapa de vida en la cual se encuentra, ya que, es fundamental guiar el proceso a través de un programa comprensible, cercano y agradable para la adolescente, retomando, además, el diagnóstico que le acompaña, ya que, la fobia social o la aparición de sus características como rasgos en los adolescente van en aumentos, por lo que el programa de intervención, brinda una solución replicable a adolescentes en un rango de edad de 11 a 20 (Papalia & Martorell, 2017).

Retomando lo anterior, el factor diagnóstico con el que cuenta la adolescente indicó una limitante por sí misma dentro del proceso, ya que, en algún momento se pensó únicamente disminuir el nivel de ansiedad en adolescentes sin considerar algún trastorno específico, sin embargo de manera objetiva se trabajó en disminuir el nivel de ansiedad haciendo más funcional a la adolescente dentro de ambientes que se encontrarán a su alcance y que pudiera controlar, comenzando con el ambiente familiar y la relación con amigos, cómo bien dentro del marco teórico se enlista, existen múltiples elementos que pueden desencadenar la fobia social, siendo uno de los principales la etapa de la adolescencia, suma de la personalidad que ha formado hasta el momento, factores ambientales, así como las características específicas de crianza de la persona, forman el desarrollo de este trastorno, qué se controla mediante la disminución del nivel de ansiedad, pero que en esta investigación presenta un elemento extra que permite una mayor adaptabilidad, siendo así, el trabajo con autoestima.

Según lo expuesto anteriormente, es oportuno brindar el análisis de lo ocurrido en las variables, donde los niveles de ansiedad, se encontraban en un rango elevado y lograron disminuir a un nivel bajo, a partir de este resultado, se observa el impacto del programa, sin embargo, además, la observación de los factores somáticos y cognitivos, proporcionan un acercamiento al impacto de la ansiedad en presencia de factores desencadenantes, manteniendo a la adolescente de tal modo que puede tener presencia de síntomas somáticos, y, aunque el trabajo efectuado no fija objetivos en lo somático, modificar los procesos cognitivos, disminuye la aparición de estos ante futuros eventos provocadores de ansiedad.

Es importante hacer mención sobre los cuestionamientos que surgieron a partir del proceso de intervención llevado a cabo, que se encuentran establecidos en el apartado de preguntas de investigación, pudiendo ahora responder a algunos de estos: ¿Es la aplicación continua y cercana un determinante para los resultados? El proceso que se llevó a cabo se dio de manera continua teniendo 2 sesiones por semana, lo que en algún momento parecía un factor favorable, de igual modo limitó el proceso para que la adolescente se pudiera desenvolver un mayor tiempo en el exterior realizando sus tareas, sin embargo, se obtuvieron conclusiones favorables, pero no indica una determinante para un mejor resultado. Por otro lado, ¿Reproducir la investigación en un contexto similar retomando a la ansiedad en adolescentes arrojaría los mismos resultados? esta pregunta puede ser respondida mediante la réplica de este estudio en una población más amplia, o bien la aplicación de una nueva investigación en la población.

Como otros cuestionamientos que pueden mencionarse ¿Qué tan frecuente se observa la presencia de la fobia social hoy en día en adolescentes?, Respecto a la información rescatada mediante el marco teórico, no se da respuesta específica respecto al aumento de casos en los últimos años de este trastorno, lo que sin embargo es una realidad es el aumento de rasgos de ansiedad o conductas generadas de éstas en la población adolescente. ¿Qué herramientas pueden complementar el trabajo con el trastorno de fobia social? Dentro del apartado que se desglosa a continuación dedicado

a las recomendaciones, mencionó algunas propuestas que ayudarían al seguimiento de los casos que presentan fobia social, ya que si bien se puede atender a la ansiedad y brindarle una disminución como se llevó a cabo, el seguimiento de los casos, no tiene un programa establecido en nuestra población mexicana, por ultimo; ¿Qué tal eficaz es el modelo cognitivo conductual en la intervención de los trastornos de ansiedad?, la respuesta obtenida a partir de la intervención, indica la eficacia rápida medible y confiable del modelo cognitivo conductual, utilizado mediante las técnicas elegidas para esta investigación; esto, no determina que todo el bagaje teórico que se conoce, sea aún válido para el tratamiento de la ansiedad.

De acuerdo a los resultados obtenidos, donde se puede observar la variación entre las fases de aplicación, las observaciones y la misma concepción de la adolescente, que, se comprueba de manera positiva la hipótesis planteada bajo la cual se trabajó, la cual es *“El uso de las Técnicas Cognitivo - Conductuales para la disminución del nivel de ansiedad en un adolescente con fobia social permiten que incremente su autoestima”*, que siguiendo los alcances esperados, brinda una satisfacción y culmen a los objetivos fijados al comenzar el trabajo de investigación, que no apoya únicamente a la comprobación de esta y respuesta a la pregunta de investigación, sino que además, crea una satisfacción personal como futura psicóloga.

Es así como, por último, que el presente trabajo pretende ser guía, brindando lo investigado, proporcionado un programa como herramienta a futuro, además de permitir valorar las técnicas que el modelo cognitivo conductual ha propuesto, de modo que sea motivación para futuros proyectos donde se pretenda comprobar la eficacia de otras técnicas o programas. De manera personal como facilitadora de la intervención, comprobar la eficacia del programa utilizado es una satisfacción que aspira a trascender como profesional en el área de psicología, demostrando que el uso de técnicas que fueron creadas con anterioridad sigue funcionando en procesos actuales.

Recomendaciones

Una vez concluida la ejecución de técnicas, estrategias y conocimiento general que nace del saber cómo futura psicóloga, aporto las siguientes recomendaciones como parte del mismo deber de la profesión; para esto, es importante, mantener una actualización que verifique la efectividad de instrumentos, técnicas y teoría; proceso que implica la replicación de técnicas, la comprobación y validez de instrumentos en diversas poblaciones que permitan mantener o en su caso eliminar a aquel test psicométrico o inventario de las investigaciones e intervenciones. Por otro lado, la actualización de textos permitirá que la vigencia de la teoría se mantenga presente en el ejercicio de la profesión, en caso de que aquellos aportes ya no presenten relevancia o impacto en la actualidad, generaran antecedentes teóricos o en su caso; el interés por nuevas investigaciones que repliquen la teoría en un panorama actual, adaptando las condiciones a las necesidades y características de la población actual. A continuación, enuncio algunas de las recomendaciones para la comunidad en general y para la adolescente con quien trabaje, de modo que sirva como apoyo a considerar en investigaciones.

Aun cuando se concluyó y se comprobó la hipótesis de trabajo, el modelo propone un seguimiento luego de la disminución del nivel de ansiedad; esto con el fin de llevar a término objetivos secundarios que requieren ser atendidos, por tanto, se surgiere: comenzar un proceso terapéutico con la finalidad de un seguimiento apropiado que le permita la reinserción escolar, pudiendo ser factible la intervención y exposición directa a una situación social como lo es la escuela. Además, este acompañamiento permitirá la reafirmación del progreso obtenido, manteniendo activas las nuevas cogniciones generadas y de manera complementaria seguir fortaleciendo la variable de autoestima, ya que, en caso de un abandono terapéutico, puede presentarse un retroceso en las áreas trabajadas.

De igual manera, se recomienda, la implementación de actividades que fortalezcan su desarrollo en el área social; como puede ser: un curso, taller o una

actividad deportiva. Donde logre establecer contacto más directo con personas afines a su etapa de vida; así mismo, en línea de las relaciones sociales, se sugiere el fortalecimiento en el área familiar, logrando un ambiente de comunicación asertiva, donde los miembros externen el sentir hacia las problemáticas de estos.

A la población en general, hacer consciencia en padres de familia a través de charlas, conferencias o talleres, sobre los cambios en los adolescentes; de tal modo que se exponga la realidad sobre la salud mental y las afectaciones en esta etapa de vida; así como las consecuencias que pueden generarse en caso de que no se brinde la atención debida.

Crear en las instituciones públicas y privadas grupos de apoyo, que den seguimiento a los adolescentes con trastornos psicológicos diagnosticados, de modo que generen redes de acompañamiento y reflexión que los guíen al afrontamiento de su situación.

Implementar en las instituciones educativas públicas y privadas la orientación psicológica, de modo que pueda evaluarse a los alumnos con el fin de apoyarlos y brindarles herramientas para el afrontamiento de los padecimientos que acontecen derivados de la situación actual.

Replicar técnicas de los diferentes modelos de aplicación de la psicología, haciendo énfasis de manera particular en los enfocados a la Teoría Cognitivo Conductual en sus tres generaciones, de modo que se tenga la certeza de los beneficios de su uso en la actualidad.

Por último, la réplica del trabajo ejecutado se mantiene al acceso de quien lo requiera, para problemáticas relacionadas con el Trastorno de Fobia Social, o bien en la búsqueda o aumento respectivamente de ansiedad y autoestima, pudiendo adaptar según las necesidades de las investigaciones, trabajos o consultantes.

Referencias

- Acuña Castillo, F. J. (2018). Terapia cognitivo conductual aplicada a primigestas con ansiedad clínicamente significativa [Trabajo de grado, Universidad de Panamá]. Repositorio Institucional Digital De La Universidad De Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/1317/>
- Álvarez, A. [Dasaludmental] (6 de enero de 2020). Terapia Cognitivo Conductual-Registro Cognitivo: apuntando pensamientos y emociones. [Video] YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=2LRlXXg52b0>
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Arauz Rojas, V. (2019). Taller De Juego Gestalt Para Disminuir Síntomas De Fobia Social En Un Infante con Discapacidad Intelectual. [Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional TESISUNAM. <http://132.248.9.195/ptd2019/noviembre/0798234/Index.html>
- Beck, A., & Clark, D. (2012). Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad. España: Desclee de Bruwer.
- Beate Oerbeck, K. M. (2019). Trastornos de ansiedad. Mutismo selectivo. En R. Joseph M., & A. Martin, Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. y Steer, RA (1988). Un inventario para medir la ansiedad clínica: propiedades psicométricas. Revista de Consultoría y Psicología Clínica, 56 (6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva. Libros básicos.
- Beck, J. (2000). Terapia Cognitiva, conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.

- Bell, T., & Goldberg, A. (2020). Asociación de Ansiedad y Depresión de América. (ADAA). <https://adaa.org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/consumer/what-do-when-social-distancing-meets-social>
- Bonilla García, A. (2020). Niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de ingeniería de la UNAM. [Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional TESISUNAM. <http://132.248.9.195/ptd2020/agosto/0802866/Index.html>
- Branden, N. (2008). Los seis pilares de la autoestima. México: Paidós México.
- Cascardo, E., & Resnik, P. (2016). Ansiedad, estrés, pánico y fobias: 100 preguntas, 101 respuestas. B DE BOOKS.
- De León Ricardi, C., & Garcia Mendez, M. (2016). Escala de Rosenber en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 119-127. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212016000200002&script=sci_arttext
- Díaz Falcón, D., Fuentes Suárez, I., & Senra Pérez, N. D. L. C. (2018). Adolescencia y autoestima: su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, 14(64), 98-103. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000400098
- Domínguez Bautista, J. (2019). Curso Taller Ataraxia, Para Disminuir Estrés Laboral y Promover Autoeficacia. [Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional TESISUNAM. <http://132.248.9.195/ptd2019/diciembre/0798991/Index.html>
- Ellis, A. (1984). Expanding the ABC of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 19-25. <https://doi.org/10.1007/BF02281207>
- Farias, I. (2021). Aprendizaje vicario y sus 4 factores. PsicoActiva. <https://www.psicoactiva.com/blog/aprendizaje-vicario/>

- Fernández-Abascal, E., Palmero Cantero, F., Cano-Vindel, A., Chóliz Montañés, M., Miguel Tobal, J. J., & Martín Díaz, M. D. (1995). Manual de motivación y emoción. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1995.
- Fernández, K. V. (2015). Formación de esquemas mal adaptativos tempranos y su relación con los trastornos ansiosos. *Tejidos Sociales*, 1(1).
- Fernández-Sogorb, A., Aparicio Flores, P., Granados, L., Aparisi, D., & Inglés, C. J. (2018). Ansiedad social y fobia social: revisión de autoinformes y análisis de su fiabilidad y validez en muestra infantojuvenil española. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/76046/1/2018_FernandezSogorb_etal_CalidadVidaSalud.pdf
- Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2017). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/agoraphobia/symptoms-causes/syc-20355987>
- Foundation for Medical Education and Research (MFMER). (2021). Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>
- Jiménez, L. M., Aragón, R. S., & Cruz, A. V. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 72-84. <https://doi.org/10.48102/pi.v21i2.156>
- Jurado, C. D., Jurado, C. S., López V. K., & Queveralú G. B. (2015). Validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg en universitarios de la Ciudad de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 5(1), 18-22. <https://www.redalyc.org/pdf/2830/283046027004.pdf>
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 24(1), 29-49. <http://olagomezortiz.es/wp-content/documentos/2.pdf>

- Glänzel, W., Schubert, A. Prólogo a los números especiales de “Estudios de caso en cienciométrica”. *Cienciométrica*, (2015). <https://doi.org/10.1007/s11192-015-1755-7>
- Guartatanga Rodríguez, J. G., & Mena Brito, T. E. (2020). Guía para trabajar la autoestima a través de técnicas cognitivo-conductuales, aplicadas a la segunda infancia (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay). [file:///C:/Users/HP/Downloads/Guia%20para%20trabajar%20el%20autoestima%20desde%20el%20enfoco%20cognitivo%20conductual%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Guia%20para%20trabajar%20el%20autoestima%20desde%20el%20enfoco%20cognitivo%20conductual%20(1).pdf)
- Guillén Díaz-B., C., & González-C. R., AL (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29 (1). <https://link.gale.com/apps/doc/A624519542/AONE?u=googlescholar&sid=googleScholar&xid=b10d20cd>
- Hernández, J. Á., Parra, J. M. A., Campoy, J. M. F., García, D. S., & Pérez-Gallardo, E. R. (2013). El Estrés Ante Los Exámenes En Los Estudiantes Universitarios. Propuesta De Intervención. *International Journal Of Developmental And Educational Psychology*, 2(1), 179-187.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (16 de febrero de 2021). Trastorno de pánico. MedlinePlus. <https://medlineplus.gov/spanish/panicdisorder.html>
- Josephine, E. (2021). Trastorno de ansiedad por separación. Manual MSD Versión para profesionistas. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-mentales-en-ni%C3%B1os-y-adolescentes/trastorno-de-ansiedad-por-separaci%C3%B3n?query=Trastorno%20de%20ansiedad%20por%20separaci%C3%B3n>

- López, L. M. J., Aragón, R. S., & Cruz, A. V. (2013). Escala de Ansiedad Social para Adolescentes: confiabilidad y validez en una muestra mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 72-84. <https://doi.org/10.48102/pi.v21i2.1561i2.156>
- Machuca L., R., & Meléndez O., R. (2018). Autoestima en Adolescentes [Trabajo de grado, Universidad Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio de la Universidad de Cajamarca Perú UPAGU. <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/774>
- McCarthy, C. (2019). La ansiedad en los adolescentes va en aumento: ¿ qué está pasando. *American Academy of Pediatrics*. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/emotional-problems/Paginas/Anxiety-Disorders.aspx>
- Mejía, A., Pastrana, J., & Mejía, J. (2011). XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación. La autoestima, factor fundamental para el desarrollo de la autonomía personal y profesional. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Méndez, J. A. B. (2010). El miedo colectivo: el paso de la experiencia individual a la experiencia colectiva. *El cotidiano*, (159), 6.
- Montagud R. N. (2021). Modelo del triple sistema de respuesta: qué es, partes y características. *Psicología y mente*. <https://psicologiaymente.com/clinica/triple-sistema-respuesta>
- Mora, R. S. J. (2020). Pandemia y ansiedad social. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 38(1), 13-16. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1100534/2-pandemia-y-ansiedad.pdf>
- Moreno, P., & Martín, J. (2020). Dominar la crisis de ansiedad Una guía para pacientes. Desclée de Brouwer.
- Naranjo P., M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3). <https://biblat.unam.mx/es/revista/actualidades-investigativas-en>

educacion/articulo/autoestima-un-factor-relevante-en-la-vida-de-la-persona-y-tema-esencial-del-proceso-educativo

Navas, J. (1989). Ansiedad en la toma de exámenes: Algunas explicaciones cognitivas y de comportamiento. *Revista de aprendizaje y aprendizaje*, 7, 21-41.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Medica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Padras Gallardo, C. (2018). *La teoría de B.F. Skinner: conductismo y condicionamiento operante*. *Psicología-Online*. <https://www.psicologia-online.com/la-teoria-de-b-f-skinner-conductismo-y-condicionamiento-operante-4155.html>

Papalia, D., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano*. McGraw Hill.

Peralta, P., Quezada, E., & Quezada, S. (2002). Proyecto para aplicar técnicas de PNL. *Revista Semestral de la Universidad de las Américas*, 132. <https://www.redalyc.org/pdf/208/20809111.pdf>

Riso, W. (2013). *Guía práctica para mejorar la autoestima*. Phronesis.

Riveros, M., Hernández, H. y Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de investigación en psicología*, 10, 95.

- Rojas B., CA, Zegers, B. y Förster, CE (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137 (6), 791-800.
- Rosenberg, M. (1965). *La sociedad y la autoimagen adolescente*. Prensa de la Universidad de Princeton.
- Rovira S., I. (2018). Estudio de caso: características, objetivos y metodología. *Psicología y Mente*. <https://psicologiaymente.com/psicologia/estudio-de-caso>
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Pulido, M. A., Villagómez, U. S., Marín, D. G., Balderas, V. O., Márquez, M. F. R., & Zazueta, M. F. V. (2015). Validez y confiabilidad de dos escalas cortas para medir estrés académico. *Psicología Iberoamericana*, 23(1), 28-39. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944230004.pdf>
- Sánchez Boris, I. M. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *Medisan*, 25(1). <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n1/1029-3019-san-25-01-123.pdf>
- Tamez O., A. I. (2016). Integración de modelo cognitivo-conductual y terapia centrada en soluciones en un caso de falta de asertividad y baja autoestima [Trabajo de grado doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Académico Digital UANL <http://eprints.uanl.mx/13816/>
- Triola, M. F. (2009). *Estadística*. Décima edición, Editorial Pearson Educación.
- Vázquez R., A. (2018). Propuesta estratégica para fortalecer la autoestima en adolescentes. [Trabajo de grado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio institucional TESISUNAM <http://132.248.9.195/ptd2018/noviembre/0783323/Index.html>

Vernon, A. y Doyle, KA (Eds.). (2017). Terapias cognitivas conductuales: una guía para profesionales. John Wiley & Sons.

Virues Elizondo, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. Revista Psicología Científica.
<https://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio>

W. Barnhill, J. (2020). Fobia Social. Manual MSD Versión para profesionales.
<https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/fobia-social?query=ansiedad%20social>

ANEXOS

Anexo A

Oficio para solicitud de trabajo de investigación



**INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ**
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA PLAN DE ESTUDIOS 2008
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011
Clave de Incorporación UNAM 8967-25

SUR 31 N° 272 TEL.: 01.272.72.4.26.24/4.03.92 ORIZABA, VER.

IESV/PSIC/067/2022

Asunto: Solicitud de aplicación.
Orizaba; Ver. A 10 de marzo 2022

**PRESBITERO ROMÁN ELIAS OFICIAL GIL.
ENCARGADO DE CÁRITAS DE ORIZABA A.C
CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE URGENCIA.**

La que suscribe Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez Girón, directora técnica de la licenciatura en Psicología, tiene a bien solicitar apoyo para que la C. Ada Karina Osorio Marcelino, alumna de la licenciatura en psicología de 8º. Semestre, aplique los siguientes instrumentos: **Inventario de Ansiedad de BECK (Beck, A.,1961)**, **Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, M., 1953)** Esta aplicación se realizará de manera presencial a adolescentes de 17 años que asisten a CAPU.

Estos instrumentos tienen como objetivo. **“Intervenir mediante TCC para disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con trastorno de fobia social e incrementar su nivel de autoestima”**

La interpretación de instrumentos y la aplicación de técnicas cognitivo conductuales, forman parte de la metodología, planteada para la tesis de la estudiante antes citada, la cual lleva como título **“Técnicas cognitivo Conductuales aplicadas para disminuir el nivel de ansiedad en trastorno de fobia social”**

La aplicación se realizará los días sábado y miércoles de 12:00 a 13:00 horas, las fechas propuestas son las siguientes:

| Día | Fecha |
|-----------|----------------------------------|
| Sábado | 12,19,26 marzo 2022 |
| Miércoles | 16,23,30 marzo y 6 de abril 2022 |

Sin más por el momento, agradezco la atención al presente, esperando tener una respuesta favorable a la petición.

Atentamente.

Mtra. Judith Elizabeth Rodríguez
Directora Técnica.



Anexo B

Consentimiento Informado



INSTITUTO DE ESTUDIOS SUPERIORES
DE LA VERA CRUZ
Acuerdo CIRE Núm. 10/11 del 24 de mayo 2011
Clave de Incorporación UNAM 8967-25
SUR 31 N° 272 ORIZABA, VER.

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Orizaba Ver a 27 de enero de 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

Por medio de la presente se extiende la solicitud para la participación de su hija en la realización de un trabajo de investigación, como parte del proceso de titulación en la Facultad de Psicología del Instituto de Estudios Superiores de la Vera Cruz.

Aceptando que la investigadora obtenga evidencia fotográfica, audios o videos, de las sesiones a trabajar con su hija. Siendo utilizado únicamente en el trabajo de investigación, omitiendo mostrar rasgos que evidencien la identidad del paciente.

Entendemos que la información brindada a la P. Psicóloga será utilizada únicamente con el fin de llevar a cabo su trabajo de investigación, la información será guardada y tratada con la debida confidencialidad, referida y citada en el mismo trabajo mediante iniciales únicamente.

Las sesiones de intervención serán concretadas en común acuerdo tanto padres, investigadora y adolescente, en fechas y horarios convenientes para todas las partes. Teniendo las sesiones de seguimiento en: Casa de Misericordia, Caritas A. C., área del Centro de Atención Psicológica de Urgencia (CAPU).

Se mantiene la libertad de pedir abandonar el estudio si así lo consideran adecuado, recordando que ni el abandono, ni la participación en el estudio influirán en la relación profesional con la investigadora responsable. Así mismo, se mantiene la libertad de solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios, así como los resultados derivados de la participación en este estudio.

La información recabada es de carácter confidencial. Cualquier información que pudiera llevar a su identificación no podrá ser divulgada, solo en casos de orden judicial o en caso de que la menor se encuentre en peligro.

Esta actividad esta supervisada por la asesora a cargo del trabajo de investigación: Psicóloga Bertha María Guzmán Medina.

NOMBRE DE LA MENOR PARTICIPANTE:

M. Fe. JMK

NOMBRE Y FIRMA DE LOS PADRES:

Fe

A:

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR A CARGO:

P. Psicología Ada Karina Osorio Marcelino

Anexo C

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

| En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy: | | | | | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | | | | | |
| | | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 1 | Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Acalorado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 | Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 | Con sensación de bloqueo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Con sensación de ahogo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 | Con desvanecimientos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 | Con rubor facial. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 | Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Anexo D

Escala de Autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a. | | | | |
| 5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a. | | | | |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | | | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo. | | | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | | | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | | | | |

Anexo E

Inventario de Ansiedad de Beck: Pretest

Pre-test

| En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy: | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) | | | | |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 1 Torpe o entumecido. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 Acalorado. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 Con temblor en las piernas. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 4 Incapaz de relajarse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 5 Con temor a que ocurra lo peor. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 Mareado, o que se le va la cabeza. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 Inestable. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9 Atemorizado o asustado. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 Nervioso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 11 Con sensación de bloqueo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 12 Con temblores en las manos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Inquieto, inseguro. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 Con miedo a perder el control. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 Con sensación de ahogo. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 Con temor a morir. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 Con miedo. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 18 Con problemas digestivos. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 Con desvanecimientos. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 Con rubor facial. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | En absoluto | Levemente | Moderadamente | Severamente |
| 21 Con sudores, fríos o calientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |

M F M

Anexo F

Inventario de Ansiedad de Beck: Post test

Post test

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

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

M F M

Anexo G

Escala de Autoestima de Rosenberg: Pretest

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | | | / | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | | / | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | | / | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a. | | | / | |
| 5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a. | | | / | |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | / | | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | / | | |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo. | | / | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | / | | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | / | | | |

M F M

Pre-Test

Anexo H

Escala de Autoestima de Rosenberg: Post test

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE- α).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. La fiabilidad es de 0,80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

| | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. | / | | | |
| 2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas. | / | | | |
| 3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. | | / | | |
| 4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a. | | / | | |
| 5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a. | | / | | |
| 6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a. | | | / | |
| 7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a. | | | | / |
| 8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo. | / | | | |
| 9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil. | | / | | |
| 10. A veces creo que no soy buena persona. | | | / | |

M

F

M

Post-test

Anexo I

Protocolo de Exposición Interoceptiva

FORMATO DE REGISTRO DE EXPOSICION INTEROCEPTIVA

0= ningún malestar 10=malestar significativo (extremo)

Aplico: Ada Karina Osorio Marcelino

Nombre: M F M

Edad: 17 años

| EJERCICIO REALIZADO | Puntuación de ansiedad percibida |
|--|----------------------------------|
| Mover la cabeza de un lado para otro, 30 segundos | 2 |
| Tocar las puntas de los pies, agachando toda la columna 1 minuto | 6 |
| Estirar los brazos lo más alto que se alcance durante, 1 minuto | 3 |
| Colocar la cabeza entre las piernas por 30 segundos y levantarla | 2 |
| Correr en un punto fijo, 30 segundos | 3 |
| Tensionar el cuerpo, 1 minuto | 3 |
| Girar en una silla, 1 minuto | 6 |
| Sostener la respiración 30 segundos | 1 |
| Respirar a través de un popote, 2 minutos | 8 |
| Hiperventilar, 1 minuto | 9 |
| Mirar luz fijamente durante 30 segundos | 2 |
| Mirar luz y leer, 1 minuto | 1 |
| Mirar en espejo una parte de la cara, 3 minutos | 6 |
| Tocar piso con el dedo índice y girar, 1 minuto | 2 |

Anexo J

Carta Programática. Sesión 1

| CARTA DESCRIPTIVA DE ACTIVIDADES | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------|---|--------------------|
| Nombre del Programa | Programa de intervención para adolescente con Trastorno de Fobia Social | | | |
| Total de horas: | 9 horas | Periodo: | 2 de marzo de 2022 | 6 de abril de 2022 |
| Población | Adolescente de 17 años | Lugar | Casa de la Misericordia, Caritas de Orizaba A.C. "CAPU" | |
| Objetivo general | Intervenir mediante TCC para disminuir el nivel de ansiedad en un adolescente con Trastorno de Fobia Social e incrementar su nivel Autoestima | | | |

Nombre: Aplicación de instrumentos

| | | |
|----------------------------|---|-------------------------|
| Numero de Sesión #1 | Fecha: 2 de marzo de 2022 | Duración: 50 minutos |
| <i>Objetivo</i> | Establecer una relación terapéutica con la adolescente Exploración de áreas de conflicto Aplicación de escalas de Ansiedad y Autoestima Firma de consentimiento informado con padres | |
| <i>Material</i> | Escalas impresas Lápiz, lapicero Hojas | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rapport mediante el dialogo y acompañamiento • Exploración del motivo de consulta • Cuestionamiento libre • Explicación del Modelo Cognitivo Conductual. Pequeña psicoeducación que permita un acercamiento de la paciente al modelo • Establecimiento de agenda y objetivos • Aplicación de Escalas • Resumen de sesión • Resumen a padres y firma de consentimiento informado | |

| <i>Observaciones específicas</i> | |
|----------------------------------|---|
| PENSAMIENTO | Presenta pensamientos negativos, evitativos, se refiere a sí misma como una persona “tímida, amable, penosa, reservada” lo que muestra el autoconcepto actual con el que llega a la sesión, además habla del poco valor que se tiene, no pudiendo definir características buenas de su persona. Define su malestar como estar agobiada. |
| CONDUCTA | Rigidez, aislamiento, movimientos repetitivos, evasión, encorvamiento, tensión muscular. |
| ACCIONES | Desconfianza, discurso pobre, observación constante sobre las salidas, somatizaciones tales como dolor de estómago, cabeza, temblores, palpitaciones aceleradas. Tiene la sensación de estar bloqueada, intranquila, miedo a salir de casa a actividades cotidianas como ir a comer o pasear a su mascota, además de presentar miedo a las relaciones sociales, evitando el contacto con la realidad, incluso al tomar clases virtuales. |

Anexo K
Carta Programática. Sesión 2

Nombre: Conceptualización cognitiva

| | | |
|----------------------------|--|-------------------------|
| <i>Numero de Sesión #2</i> | Fecha: 12 de marzo de 2022 | Duración: 50 minutos |
| <i>Objetivo</i> | Lograr que la paciente identifique y tenga un primer acercamiento a los conceptos principales con los que se trabajara durante la intervención. | |
| <i>Material</i> | Computadora, Hojas blancas, Cartulina, Lapicero | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de Rapport • Exploración de la semana (expresión de datos relevantes, mismos que servirán para establecer prioridades) • Establecimiento de agenda • Fijar objetivos y atender prioridades de la persona en ese momento • Psicoeducación, mediante la exposición de videos y material escrito <p>Los conceptos por trabajar son: <i>Pensamiento automático, creencia central y creencia intermedia.</i></p> <p>Primeramente, se le pedirá observar algunos videos que le permitan acercarse a los conceptos, mientras podrá tomar notas, si lo decide puede ser al final, como parte del material que puede revisar en casa u otro momento para no olvidarlo; posteriormente se le da a la paciente una breve psicoeducación escrita en cartulina, rescatando puntos de la paciente de tal modo que sienta la escucha y se genere mejor relación terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumen de parte de la paciente, de tal modo que exprese lo que ha entendido de los conceptos • Aclaración de dudas • Resumen de sesión • Tareas <p>Autoestima 1. Caja de recursos</p> <p>“Elegir, forrar y decorar una caja de cartón de la manera que más le agrada a la persona”</p> <p>Ansiedad 1.</p> | |

| | |
|--|---|
| | <p>“Intentar identificar los pensamientos automáticos que surgen durante los días posteriores”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierre de sesión y aclaración de dudas |
|--|---|

| <i>Observaciones específicas</i> | |
|----------------------------------|--|
| PENSAMIENTO | Hubo presencia de pensamiento caótico y negativo en el discurso-resumen de la semana, presencia de desvaloración de sus capacidades, pesimismo, falta de confianza en la mejora. |
| CONDUCTA | Al presentar mejor relación terapéutica, la conducta en comparativa fue más agradable, se mantuvo encorvada, evitación de contacto visual, tensión muscular. Problemas de sueño y alimentación. |
| ACCIONES | Nerviosismo, movimientos constantes, aislamiento social durante la semana, presencia de somatizaciones (dolor de estómago). |

Anexo L
Carta Programática. Sesión 3

Nombre: Trabajo en pensamientos automáticos

| | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------|
| <i>Numero de Sesión</i> #3 | Fecha: 16 de marzo de 2022 | Duración: 60 minutos |
| <i>Objetivo</i> | Identificar y trabajar los pensamientos automáticos de la persona, de modo que comience a generar conciencia de ellos y les otorgue un valor | |
| <i>Material</i> | Cartulina Plumones de colores Hojas blancas Lapicero | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rapport • Recuento de los acontecimientos vividos • Revisión que realizo tarea <p>“Autoestima 1” Caja de recursos</p> <p>La caja permanecerá en el consultorio hasta el momento que se requiera, con la finalidad que no interrumpa el proceso y modifique los objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de agenda • Identificación de la prioridad • Revisión tarea “Ansiedad 1” (¿Logro o no hacerlo?) Únicamente se realiza la revisión, si pide dar un ejemplo, se le permite y corrige según lo que comente • Evaluación de conceptos mediante el discurso del paciente (mediante su dialogo, se identifica los pensamientos y creencias), en caso de que existan dudas o confusiones, se realiza la corrección, se le orienta y proporciona ejemplos que sirvan para hacer significativo el aprendizaje • Flecha descendente • Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos: a través del <i>Pensamiento Socrático</i> | |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de un pensamiento automático, mientras se busca elementos a favor y en contra, que permitan a la persona traer situaciones y pensamientos • Pregunta integradora que permita a la persona observar el pensamiento inmediato e inconsciente que surge • Psicoeducación autónoma, mediante la explicación hipotética que le daría a otra persona referente a los conceptos revisados • Explicación de lo trabajado durante la sesión • Resumen por parte de la paciente • Tareas <p>Autoestima 2. Post It Cualidades, Virtudes</p> <p>“Pedir a amigos y familia que escriban en pequeños papeles, tres cosas que caractericen a la paciente: virtudes, cualidades, etc., con la condición de que no sean leídos y debe traerlos para la caja que realizo.”</p> <p>Ansiedad 1.</p> <p>“Nuevamente intentar identificar los pensamientos automáticos que surgen durante los días posteriores, como parte de la asimilación de conceptos”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cierre de sesión y aclaración de dudas |
|--|---|

| <i>Observaciones específicas</i> | |
|----------------------------------|---|
| PENSAMIENTO | Aparición de pensamientos positivos de cambio, emite discurso claro y optimista. Presencia durante los días de pensamientos irracionales constantes que no le permiten realizar algunas actividades. |
| CONDUCTA | Confianza y apertura en sus emociones, sentir y pensamiento, muestra actitud relajada, intenta levantar la mirada unos segundos, su cuerpo se observa menos rígido. Perseverancia en problemas de sueño que le llevan a menor energía en el día, alimentación pobre. |
| ACCIONES | Movimientos contantes durante la sesión, evita el contacto exterior, sale por necesidad, intento por su cuenta pasear a su perro. Presencia de dolor de cabeza y estomago al estar en contacto con el exterior o al saber que debe enfrentarse a salir. |

Anexo M

Carta Programática. Sesión 4

Nombre: Trabajo en creencias intermedias

| | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------|
| <i>Numero de Sesión</i> #4 | Fecha: 19 de marzo de 2022 | Duración: 50 minutos |
| <i>Objetivo</i> | Identificar las creencias intermedias que mueven su conducta en la vida diaria, de tal modo que puedan modificarse por creencias que sean funcionales para la persona, logrando soluciones efectivas. | |
| <i>Material</i> | Plumones de colores Hojas blancas Lapicero | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de rapport• Recuento de los acontecimientos vividos y aprendizajes• Revisión de tarea <p>(llevar los posts it a la caja y guárdalos aun sin verlos)</p> <p>“Autoestima 1” Post It Cualidades, Virtudes</p> <ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de agenda• Identificación de la prioridad, basado en las situaciones que ocurrieron durante la semana• Identificar patrón de conducta que presenta cuando viene la ansiedad• Retroalimentar sobre el patrón de conducta, dar breve explicación de como surgen• Introducción a creencias intermedias• Técnica de identificación: <i>Mitad de segmento (para esta se deben identificar 5 frases que corroboren que la persona se maneja bajo el patrón de conducta identificado)</i>• Luego de evaluar mediante la mitad de segmento, se le pide a la paciente, realizar un resumen | |

- Representación de las creencias intermedias en una *gráfica*, donde se evaluará a las frases antes mencionadas y se les asigna un puntaje de 0 a 100, dividido en ventajas y desventajas de la respuesta

- Representación en grafica de los puntajes para poder hacer una comparativa y que la paciente decida, cuál de las dos está presentando mayor realce en cuando a sus respuestas

- Roll playing: basado en la respuesta del paciente, se le pide que ahora cree una nueva forma de afrontar a las respuestas antes dadas, busque soluciones que generen mayores ventajas, de tal modo que la gráfica pueda verse modificada

Para esta actividad se le pide a la paciente que represente la manera en que respondería, actuaría, o sería la forma en que puede generarle mayores ventajas, con un tiempo de 5 minutos aproximadamente, dándole la consigna que no dejara de actuar hasta que le indique.

*El observar a la paciente es opcional, brindándole la decisión de ser vista o no, en este caso es más importante escuchar el discurso

- Pregunta integradora ¿Cómo puedo actuar la siguiente ves ante...?
- Resumen por parte de la paciente para conocer el entendimiento de lo realizado durante la sesión, primordialmente el conocimiento e identificación de las creencias intermedias
- Explicación y evaluación de lo trabajado durante la sesión
- Indagación con la paciente sobre el funcionamiento y sentimiento que presenta hasta el momento con la intervención
- Cierre de sesión y aclaración de dudas

Anexo N Carta Programática. Sesión 5

Nombre: Trabajo en creencias centrales

| | | |
|--------------------------------|--|-------------------------|
| <i>Numero de Sesión #5</i> | Fecha: 23 de marzo de 2022 | Duración: 50 minutos |
| <i>Objetivo</i> | Identificar las creencias centrales de la persona, las cuales rigen la percepción que tiene de si, logrando nuevas creencias que permitan a su vez de manera implícita un nuevo autoconcepto. | |
| <i>Material</i> | Espacio cómodo Entorno adecuado, donde no se presenten sonidos distractores Lapicero Hojas de papel (si la paciente solicita escribir algo) | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rapport • Recuento de los acontecimientos vividos y aprendizajes • Establecimiento de agenda • Cuestionamiento sobre algún acontecimiento donde vivió ansiedad en su semana • Flecha descendente para creencias centrales, de tal modo que se llegue al detonante de la ansiedad • Explicación por parte del paciente de lo que significa para ella la creencia central expresada *quitar: la persona debe identificar desde los términos cognitivos la creencia y que diga un ejemplo • Relocalización de contrastes extremos; donde la paciente debe identificar a una persona que sienta mayor ansiedad que ella, en caso de no encontrar algo cercano como un familiar o amigo, se puede recurrir a un personaje ficticio o animado. <p>Para esta actividad, se le pide a la paciente que, de su lado izquierdo, actúe como ese personaje, familiar, etc., durante un tiempo, basado en la creencia y escenario con el que se está trabajando.</p> <p>Se le indicara cuando deba parar mediante un aplauso, el tiempo aproximado es de 5 a 7 minutos, posteriormente se le pide que se pase del</p> | |

lado derecho, donde debe actuar de la manera en que regularmente lo hace, el tiempo es de 5 a 7 minutos aproximadamente.

*El observar a la paciente es opcional, brindándole la decisión de ser vista o no, en este caso es más importante escuchar el discurso

- Cuestionamiento sobre la forma en que se sintió al representar el lado izquierdo, de igual modo, como se sintió actuando como suele hacerlo
- Identificación del nivel de ansiedad, a su vez que crea nuevas creencias
- Nueva creencia central: evaluación de la nueva creencia y lo que significa para ella
- Relocalización de contrastes extremos, se realiza nuevamente, actuando de lado izquierdo como el personaje con mayor ansiedad, con la variable que, de su lado derecho, ahora actuara basada en la nueva creencia.
- Psicoeducación sobre creencia central y como esta, le estaba detonando la ansiedad.
- Explicación y evaluación de lo trabajado durante la sesión.
- Tarea

Ansiedad 3. Tolerancia de ansiedad

Se le pide a la persona tolerar esta ansiedad en un lugar donde estén presentes más personas, durante un tiempo estimado de 20 minutos.

- Cierre de sesión y aclaración de dudas.

Anexo O

Carta Programática a. Sesión 6

Nombre: Resumen de aprendizajes y autoestima

| | | |
|-------------------------------|--|-------------------------|
| <i>Numero de Sesión</i> #6 | Fecha: 26 de marzo de 2022 | Duración: 50 minutos |
| <i>Objetivo</i> | <p>Evaluar el progreso de la persona con el trabajo que se ha brindado, de tal modo que pueda modificarse las estrategias y objetivos si en algún momento así lo desea. Identificar con la paciente el área de mayor conflicto personal, que a su vez detona a la ansiedad, ideando soluciones y prioridades que se pueden atender.</p> | |
| <i>Material</i> | <p>Lapicero, lápiz Hojas blancas Plumones Colores</p> | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rapport • Revisión de Tarea <p>Ansiedad 3. Tolerancia de ansiedad. Se le cuestiona como se sintió, pensó y experimento.</p> <p>A partir de aquí, se puede evaluar la manera en que la nueva creencia central está actuando.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuento de los acontecimientos vividos y aprendizajes • Establecimiento de agenda • Luego de escuchar experiencia del paciente y atender las necesidades durante los días pasados, se le invita a realizar un recuento de las actividades realizadas durante las diferentes sesiones. • Autoconcepto. Retomando la caja de recursos, la paciente debe escribir ahora, tres cualidades, virtudes o cosas que la caracterizan, de modo que incluya sus creencias de este momento a la caja. • Autoestima y autoaceptación. <p>Cuadro de creencias, autoconcepto. Se le pide a la paciente que exprese las creencias que tiene sobre si misma de manera general (puede ser físico,</p> | |

emocional, habilidades), una vez indicado el punto de mayor malestar, se realizará un cuadro comparativo donde se escriba lo que le gusta, lo que no y las soluciones que puede tener el problema.

- Establecimiento de prioridades de la lista anterior,
- Evaluación de posibilidades para lograr prioridades
- Resumen de la sesión.
- Tarea:

Autoestima 3. Elementos que me gustan, motivan

Traer imágenes, letras de canciones, frases, objetos que motiven a la paciente, que le gusten o que sean significativos de tal modo que puedan estar en la caja de recursos.

Ansiedad 4. Repetición de tarea: Tolerancia de ansiedad

Se le pide a la persona tolerar esta ansiedad en un lugar donde estén presentes más personas, durante un tiempo estimado de 20 minutos.

- Cierre de sesión y aclaración de dudas.

*Preguntar a paciente si sufre de alguna condición cardiaca.

Anexo P

Carta Programática a. Sesión 7

Nombre: *Exposición interoceptiva*

| | | |
|----------------------------|---|-------------------------|
| Numero de Sesión #7 | Fecha: 30 de marzo de 2022 | Duración: 60 minutos |
| Objetivo | Generar un ambiente donde se provoque ansiedad en la paciente, de modo que logre observar que experimentar ansiedad no le llevara a consecuencias negativas. | |
| Material | Agua, Silla de oficina con ruedas, Popote, Lampara, Libro, Espejo, Ventilación, Protocolo de exposición interoceptiva (Anexo I) | |
| Estrategias | <ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de rapport• Revisión de tarea <p>Autoestima 3. Elementos que me gustan, motivan</p> <p>Únicamente se le pide que deposite los elementos son observar más de la caja de recursos.</p> <p>Ansiedad 4. Repetición de tarea: Tolerancia de ansiedad</p> <p>Se cuestiona ¿Cómo le fue? ¿Qué diferencias encontró respecto a la sesión pasada?</p> <ul style="list-style-type: none">• Exposición interoceptiva. Serie de ejercicios que van de menor a mayor intensidad de ansiedad provocada. <p>Explicación de la dinámica a trabajar.</p> <p>*si la paciente presenta problemas o molestias, se omite</p> <p>Modelar cada una de las actividades</p> <ul style="list-style-type: none">• Permitir a la persona tomar descansos entre los ejercicios• Aparición de ansiedad, que permite evaluar la actividad• Cuestionamiento de lo que experimento• Explicación de la actividad y objetivo de la exposición• Relajación / Resumen de sesión• Pregunta integradora ¿Cómo te ves a diferencia de lo que hicimos y sesiones pasadas?• Cierre de sesión | |

Anexo Q

Carta Programática a. Sesión 8

Nombre: Reforzamiento de autoestima

| | | |
|--------------------------------|---|-------------------------|
| <i>Numero de Sesión #8</i> | Fecha: 13 de abril de 2022 | Duración: 40 minutos |
| <i>Objetivo</i> | Integrar el trabajo encubierto referente a autoestima de tal modo que identifique los cambios observados en este rubro y fijación de objetivos personales. | |
| <i>Material</i> | Caja de recursos | |
| <i>Estrategias</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de rapport • Recuento de los acontecimientos vividos y aprendizajes • Evaluación de la exposición interoceptiva • Experiencia adquirida y aprendizajes • Pregunta integradora ¿Cómo siendo mi ansiedad? • Retomar la actividad de la sesión 6, denominada: Cuadro de creencias, autoconcepto. Evaluación y acción en prioridades que se pueden trabajar de manera inmediata como tarea personal. (salir, correr, acudir a un especialista, etc.). • Pregunta integradora ¿Cómo está mi autoestima? • Psicoeducación: La autoestima trabajada a partir de la disminución de la ansiedad. • Observación de caja de recursos. ¿Cómo me siento al observar lo que me escribieron? ¿Qué observo a partir de mi caja de recursos? • Explicación de caja de recursos y trabajo general “Relación ansiedad – autoestima” • Resumen de la paciente sobre lo trabajado en autoestima y fijación de metas personales • Resumen de la sesión <p>*La caja de recursos se queda hasta finalizar la siguiente sesión</p> | |

Anexo R

Carta Programática. Sesión 9

Post Test y prevención de recaídas

| | | |
|----------------------------|--|-------------------------|
| Numero de Sesión #9 | Fecha: 6 de abril de 2022 | Duración: 50 minutos |
| Objetivo | Brindar a la paciente una orientación y resumen de lo trabajado durante las sesiones, recordando las herramientas que ahora conoce para enfrentar nuevos momentos de ansiedad. Obtener los resultados de escalas mediante la nueva aplicación de las escalas de la sesión número 1. | |
| Material | Lapicero, Escalas de Ansiedad y Autoestima Caja de recursos, Diploma, Fichas bibliográficas | |
| Estrategias | <ul style="list-style-type: none">• Establecimiento de rapport• Recuento de los acontecimientos, actividades y aprendizajes adquiridos durante las semanas de trabajo• Impresiones terapéuticas• Impresión de la paciente en comparativa con las primeras semanas.• Prevención de caídas, mediante la escucha del paciente ante como se enfrenta ahora a las situaciones de ansiedad.• Entrega de reconocimiento de proceso y logros (Anexo BB)• Entrega de nuevas creencias centrales descubiertas y trabajadas en una ficha bibliográfica• Exposición de la percepción que tiene ahora de sí misma• Escribir cualidades, virtudes, fortalezas en una ficha bibliográfica <p>Devolución de Caja de Recursos, donde podrá acomodar el reconocimiento y fichas bibliográficas con herramientas que pueden apoyarle en momentos de crisis, presencia de ansiedad y creencias negativas. *Se le pide que la guarde y utilice en ocasiones necesarias, así como incluya todo aquello que en su momento le funcione.</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicación de Escalas. Cierre. | |

Anexo S

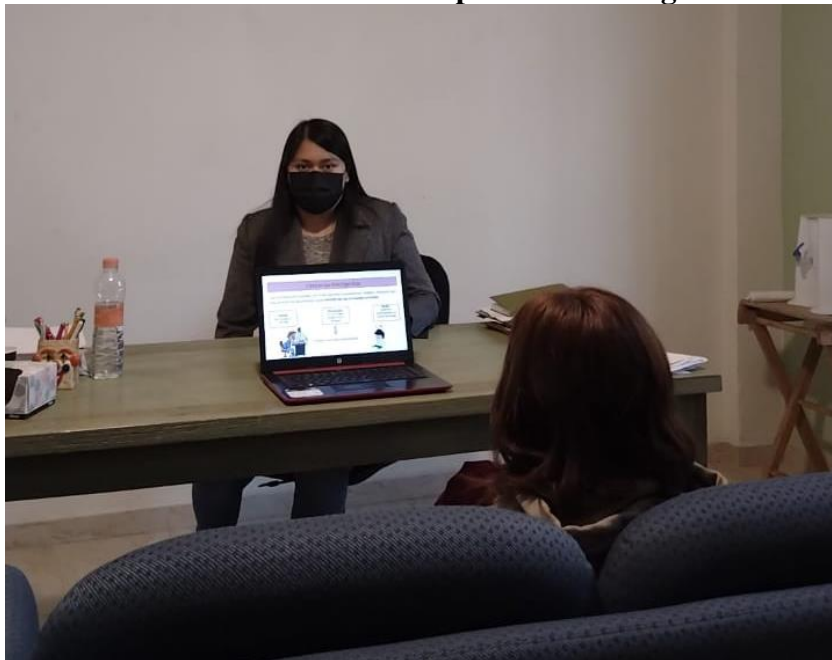
Evidencia. Sesión 1. Aplicación de instrumentos



Encuadre sobre el modelo teórico y establecimiento de relación terapéutica.

Anexo T

Evidencia. Sesión 2. Conceptualización cognitiva



Visualización de video acerca de pensamientos automáticos, creencias centrales y creencias intermedias.

Anexo U

Evidencia. Sesión 3. Trabajo en pensamientos automáticos



La adolescente visualiza un ejemplo sobre los pensamientos automáticos acompañado de la representación de flecha descendiente.

Anexo V

Evidencia. Sesión 4. Trabajo en creencias intermedias



Ejecución de Roll Playing mientras ejemplifica una nueva forma de responder a sus creencias.

Anexo W

Evidencia. Sesión 5. Trabajo en creencias centrales



La adolescente escribe un ejemplo de flecha descendente para el trabajo en creencias centrales.

Anexo X

Evidencia. Sesión 6. Resumen de aprendizajes y autoestima



Ingresando tarjetas escritas donde se agregan cualidades, virtudes y elementos que le gustan a la adolescente en la caja de recursos.

Anexo Y

Evidencia. Sesión 7. Exposición interoceptiva



Ejecución del quinto ejercicio donde se encuentra corriendo sobre un punto fijo.

Anexo Z

Evidencia. Sesión 8. Reforzamiento de autoestima



Reflexión sobre contenido de caja de recursos.

Anexo K

Evidencia. Sesión 9. Post test y prevención de recaídas



Entrega de reconocimiento y exposición de herramientas para prevención de recaídas.

Anexo L

Reconocimiento Otorgado



El reconocimiento se otorga como reforzador de lo logrado a través de la intervención, mismo que se encontrara a disposición dentro de la caja de recursos para los momentos necesarios.

Anexo CC

Historia Clínica Complementaria

Continuación de la Historia Clínica del Sujeto de Estudio

Adolescente con fobia social de 17 años, nacida el 5 de enero del 2005 en Orizaba, Veracruz.

Sintomatología actual:

Retraimiento social, intranquilidad, presión ante situaciones sociales; problemas de alimentación (poco apetito), problemas de sueño, ataques de ansiedad, evasión del contacto social, molestias estomacales y dolores de cabeza.

Diagnóstico: **Fobia Social** 300.23 (F40.10).

Manteniendo al inicio medicación mediante fluoxetina durante la mañana y noche, medicación que se suspendió por decisión familiar en acompañamiento por psiquiatría para trabajar únicamente con la intervención psicológica.

Datos importante complementarios:

Durante sus primeros años de vida comenzó a mostrar estas características de ansiedad que no eran consideradas problemáticas, pero en su desarrollo no se presentó mayor problemática, la adolescente refiere que su situación comenzó a agravarse hace apenas año y medio con el inicio de la pandemia provocada por el SARS-COV2, una vez que comienza a permanecer más tiempo dentro del hogar, considerándolo como un factor determinante del desarrollo del trastorno.

Por su parte los padres mencionan que es a partir del sexto grado de primaria cuando comienzan a observar algunas características, a mencionar: nerviosismo, temor, quilofagia y evitación de actividades. Una vez que ingresa a la secundaria, el ingreso a la misma se tornó complicado, ya que, no se sentía cómoda mencionando que ya no quería ir y presentando nerviosismo; actualmente la adolescente se encontraba cursando el tercer semestre de bachillerato, pero desertó como consecuencia de la falta de participación en clases, misma que no se realizaba por la evitación del contacto con otros, a su vez que evitaba la observación mediante la cámara, dentro de algunas características de baja autoestima, la paciente refiere que no le agrada nada de su físico y que incluso suele vestir con ropa holgada, describiéndose como una persona delgada, alta, lo que más le gusta de ella es su empatía, tranquilidad.