



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO**

TESIS

**ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN
LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA PARA
TRATAR LA ANSIEDAD SOCIAL EN
ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Autora:

Bach. Rodríguez Gonzales Vanessa Sofía

Asesor:

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos

Línea de Investigación:

Ciencias de la Vida y Cuidado de la Salud Humana

Pimentel – Perú

2020



**UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN
ESCUELA DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN PSICOLOGIA CLINICA

**“ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA
DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA PARA TRATAR LA
ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN
EDUCATIVA”**

**AUTOR
BACH. VANESSA SOFÍA RODRÍGUEZ GONZALES**

PIMENTEL – PERÚ

2020

**ESTRATEGIA PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN LA
DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA PARA TRATAR LA
ANSIEDAD SOCIAL EN ADOLESCENTES DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA**

APROBACIÓN DE LA TESIS

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos
Asesor Metodológico

Dr. Callejas Torres Juan Carlos
Presidente del jurado de tesis

Dra. Cabrera Cabrera Xiomara
Secretaria del jurado de tesis

Mg. Pérez Martinto Pedro Carlos
Vocal del jurado de tesis

Dedicatoria

A: Mis padres, por su apoyo y amor infinito que día a día me fortalecen.

Agradecimiento

A los directivos de la institución educativa de Tembladera que permitieron la accesibilidad para ejecutar la presente investigación.

Al Mg. Martinto por su constante asesorías, por su constancia, paciencia y sus recomendaciones para mejorar el presente estudio.

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo elaborar una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa de Tembladera, y corresponde a un estudio investigación de tipo descriptiva – propositiva. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, la cual estuvo conformada por 49 estudiantes (23 mujeres) de secundaria, de una institución educativa nacional de Tembladera, quienes fueron evaluados mediante la Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A), adaptada en el contexto peruano. Los resultados evidenciaron que prevalece el nivel alto de ansiedad social en los adolescentes con 52.9 %, además, la propuesta de estrategia de intervención posee validez. Se concluye que es necesario realizar estrategias de intervención y prevención sobre ansiedad social.

Palabras Clave: adolescentes, ansiedad social, estrategia de intervención.

Abstract

The present investigation it aimed to develop a psychotherapeutic strategy based on systematic desensitization to treat social anxiety in adolescents of a Tembladera Educational Institution, and corresponds to a descriptive - propositive research study. We worked with a non-probabilistic sample of an intentional type, which was made up of 49 students (23 women) from high school, from a national educational institution in Tembladera, who were evaluated using the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A), adapted in the Peruvian context. The results showed that the high level of social anxiety prevails in adolescents with 52.9%, in addition, the intervention strategy proposal has validity. It is concluded that it is necessary to carry out intervention and prevention strategies on social anxiety.

Keywords: adolescents, social anxiety, intervention strategy

Índice

Aprobación del jurado	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Antecedentes de estudio	17
1.3. Teorías relacionadas al tema.....	33
1.4. Formulación del Problema.....	34
1.5. Justificación del Problema	35
1.6. Hipótesis	36
1.7. Objetivos.....	36
1.7.1. Objetivo general	36
1.7.2. Objetivos específicos	36
II. MATERIAL Y MÉTODO	37
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	37
2.2. Población y muestra.....	37
2.3. Variables, Operacionalización	37
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	42
2.5. Procedimientos de análisis de datos	44
2.6. Criterios éticos	44
2.7. Criterios de Rigor científico	44
III. RESULTADOS	45
3.1 Resultados en Tablas y Figuras	45
3.2 Discusión de resultados	48
3.3 Aporte práctico	49
3.3.1 Validación y ejemplificación del aporte práctico	62
IV. CONCLUSIONES	64
V. RECOMENDACIONES.....	65
VI. REFERENCIAS	66
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1: Validez (procedimiento de relación ítem - test)	42
Tabla 2: Fiabilidad del instrumento.....	43
Tabla 3: Nivel de ansiedad social	45
Tabla 4: Diferencias según sexo respecto a la ansiedad social	46
Tabla 5: Diferencias según sexo respecto a las dimensiones de ansiedad social	46
Tabla 6: Miedo a la evaluación negativa.....	47
Tabla 7: Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas	47
Tabla 8: Ansiedad y evitación social en general	48
Tabla 9: Confiabilidad de las dimensiones y de la escala total del instrumento	48
Tabla 10: Resumen de validez de la estrategia.....	63

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La adolescencia es un período crítico del desarrollo, puesto que el adolescente enfrenta diversos cambios ya sean biológicos, físicos, psicológicos y sociales. A consecuencia de las transiciones de desarrollo son importantes porque pueden ser vistos como factores de estrés y, como tales, pueden tener un impacto importante en el funcionamiento psicológico, puesto que los jóvenes a menudo enfrentan nuevas situaciones donde tienen que negociar y así desarrollar niveles más maduros en su funcionamiento social y emocional; Sin embargo, la novedad puede traer incertidumbre, miedo al fracaso, y surge el malestar o angustia (La Greca y Ranta, 2015; Delgado, Inglés y García-Fernández, 2013). Un estudio realizado en 2016 por el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) encontró que aproximadamente la mitad de los adolescentes en los Estados Unidos se describen a sí mismos como tímidos. A muchos padres les preocupa que el comportamiento tímido esté limitando la capacidad de sus hijos para el desarrollo normal, puesto que al alrededor de los 13 años, la ansiedad social surge en aproximadamente el 12% de los adolescentes (Scott, 2018).

Además, es durante esta etapa que mucho de los trastornos tienen su comienzo (Thomas et.al, 2015) y estos suelen estar relacionado al factor social, el cual es considerado como un agente que influye en el desarrollo emocional y ante un contexto nuevo de relaciones sociales con sus pares o el de pertenencia a grupos genera en algunos casos síntomas ansiosos (Miers, Rooij y Bokhorst, 2013). De esta manera, durante la adolescencia, los amigos cercanos superan a los padres como la fuente principal de apoyo social que contribuyen al autoconcepto y el bienestar. Además, durante esta etapa las relaciones de pareja surgen y adquieren cada vez más importancia (Siegel, La Greca, & Harrison, 2009; La Greca & Moore, 2005; McLaughlin y King, 2014; La Greca y Ranta, 2015). Igualmente, de lo anterior, los hallazgos dan a conocer sobre las relaciones románticas de los adolescentes, predisponiendo que los adolescentes que son víctimas de los compañeros también son vulnerables a la victimización en sus relaciones sentimentales (Siegel & La Greca, 2009).

Es así que se considera que, aquellos jóvenes con más amigos, suelen ser más competentes social y psicológicamente, sin embargo, más allá de la cantidad de amistades, es la calidad que influye en el desarrollo social, emocional y cognitivo (Mak, Fosco & Feinberg, 2017). Por esa razón, los adolescentes con niveles más bajos de compañía e intimidad en sus amistades cercanas al inicio del año escolar presentan mayores niveles de ansiedad social, es decir menos intimidad en una estrecha amistad genera niveles de ansiedad

social reflejándose en conductas de evitación de forma social y angustia psicológica (La Greca y Ranta, 2015).

Los adolescentes tienen un deseo excesivo de transmitir una impresión favorable de sí mismo a los demás y tener creencias que, cuando entran en una situación social, que están en grave riesgo de comportarse de una manera inapropiada o no cualificado, lo que lleva a consecuencias sociales desastrosas. Por lo tanto, las situaciones sociales son vistos como altamente mortal (Spence & Rapee, 2016).

Por consiguiente, la ansiedad es una “respuesta anticipada frente a un estímulo que se considera peligroso (este puede ser externo o interno, o también puede ser imaginario o real) y se encuentra caracterizada por presentar sensaciones de nerviosismo y tensión; además, se acompañada de expresiones conductuales tales como la intranquilidad motora, etc. Así también, presenta manifestaciones fisiológicas como la sudoración y taquicardia, entre más manifestaciones” (Arango, Romero, & Hewitt, 2018; Spence & Rapee, 2016).

La ansiedad no solo se presenta mediante conductas o reacciones somáticas, si no también según el modelo cognitivo se da a través de organizaciones de esquemas relacionados con las expectativas, autoevaluación, reglas y recuerdos (Beck y Clark, 2013). Es así que los estudios demostraron que las interpretaciones negativas se refieren a la tendencia a interpretar las señales ambiguas negativamente en situaciones sociales y se denomina sesgo de interpretación y se muestran que los adultos y adolescentes con fobia social o altos niveles de ansiedad social son más propensos a interpretar las señales sociales ambiguos de una manera negativa que personas no ansiosas (Miers y Rooij y Bokhorst, 2013).

Mientras que, hablar de la ansiedad social es referirse a la inhibición del comportamiento y aislamiento social, evidenciándose la falta de capacidad para formar relaciones exitosas con sus pares. Siendo está reflejada en el temor marcado y persistente de ser humillados o examinados por otros, además estos estados suelen somatizar este miedo intenso e irracional (Herald & Heights, 2016) a través de la sudoración, temblores, rubor, torpeza al hablar, mirada ansiosa, o parecer aburridos, estúpidos, o incompetentes (Delgado et al. 2017; Leigh & Clark, 2018). También incluyen los temores de rendimiento, tales como el miedo a hablar en público o hablar delante de los demás o tomar pruebas y temores de ser observado por otros, ya sea mientras escribe en público, lee en voz alta, o comer y / o beber en público, mientras otros temores sociales se refieren a las interacciones sociales tales como iniciar y /

o mantener una conversación, hablar o tratar con los demás, usar los baños públicos, o ir a las actividades (sociales) o participar en eventos sociales (Knappe, Sasagawa, y Creswell, 2015).

Entonces, la ansiedad social exagera el peligro, interfiriendo en el aumento de pensamientos, lo que a su vez afecta el humor e incrementa los síntomas físicos (Herald & Heights, 2016).

Con la fobia social, la timidez extrema, la autoconciencia y los temores de vergüenza de una persona se interponen en la vida de la persona. Los individuos son incapaces de disfrutar de las actividades sociales, por el contrario temen y evitan estas situaciones (Hasan, 2018).

Bajo ese contexto de percibirse torpes, rechazados, en condición de víctimas y excluidos por sus compañeros el adolescente opta por evitar las interacciones sociales, prefiriendo el aislamiento y la soledad, influyendo estas conductas en su baja autoestima y síntomas depresivos y falta de confianza en sí mismos (Van, N., & Van, M., 2018; Delgado, Inglés y García-Fernández, 2013).

Al respecto una investigación realizada en Nueva York dio a conocer que los factores estresantes generalmente en el ámbito interpersonal estarían asociados al maltrato entre iguales, el maltrato emocional, entorno familiar, los estilos educativos parentales y la disciplina parental, la autoestima, la competencia social, baja capacidad de habilidades sociales, son un predictor de síntomas de la ansiedad social y depresión (Delgado, Inglés y García-Fernández, 2013; Hamilton, et al., 2015; Knappe, Sasagawa, y Creswell, 2015; Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016; Mak, Fosco & Feinberg, 2017; Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España, 2018).

En Canadá aproximadamente el 4% de los jóvenes adolescentes de edades entre los 15 a 24 años informan tener un trastorno de ansiedad social. El trastorno de ansiedad social es ligeramente más común en las mujeres que en los hombres. Para el 75% de las personas con trastorno de ansiedad social, comenzó cuando tenían entre 8 y 15 años. Se cree que el trastorno de ansiedad social es causado por una combinación de genética, el ambiente y el aprendizaje, es decir, modelando el comportamiento de los padres (Teen Mental Health, 2015).

No obstante, la ansiedad social está asociada a otros trastornos comórbidos tales como otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno de ansiedad generalizada), la depresión

y trastornos de uso de sustancias (Teen Mental Health, 2015). Igualmente, un estudio encontró depresión mayor en 9,3% de los adolescentes con trastorno de ansiedad social y otros trastornos depresivos en el 13% de los adolescentes con trastorno afectivo estacional (Mehtalia & Vankar, 2004). También otra investigación en New York dio a conocer que la ansiedad social no tuvo un efecto indirecto significativo en la ideación suicida a través del apoyo social percibido de los padres o amigos cercanos; sin embargo la soledad puede estar implicado particularmente en la relación entre la ansiedad social y las tendencias suicidas en los adolescente, es decir que la soledad puede estar particularmente implicada en la relación entre la ansiedad social y el suicidio en los adolescentes (Gallagher, Prinstein, Simon & Spirito, 2014).

Por consiguiente, los investigadores han descubierto que varias partes del cerebro están involucradas en el miedo y la ansiedad. Algunos investigadores piensan que la mala interpretación del comportamiento de los congéneres puede tener un papel importante en causar o empeorar la ansiedad social. De esta manera, el individuo ansioso puede imaginar que las personas lo están observando o frunciendo el ceño cuando realmente esto no ocurre. Las habilidades sociales subdesarrolladas son otro posible contribuyente a la ansiedad social. Por ejemplo, si tiene habilidades sociales poco desarrolladas, puede sentirse desanimado después de hablar con la gente y preocuparse por hacerlo en el futuro. Al conocer cada vez más sobre la ansiedad en el cerebro, los investigadores pueden crear mejores tratamientos. Además, resaltar que al fortalecer las habilidades sociales en el tratamiento de la ansiedad social incrementa las posibilidades de que un adolescente pueda acceder a un grupo de pares y, posteriormente, recibir respuestas positivas de sus compañeros (Miers, Rooij y Bokhorst, 2013; National Institute of Mental Health, 2016).

Por esa razón, también el maltrato entre iguales es un importante factor de estrés interpersonal asociada con la ansiedad social, así como los síntomas depresivos en la adolescencia temprana (Van, & Van, 2018). Es así también que, el miedo a la evaluación negativa de los demás, comparte cierta superposición conceptual con la sensibilidad al rechazo, un término que se refiere a que los individuos presentan percepción inmediata, y la reacción exagerada hacia el rechazo de los demás (Mak, Fosco & Feinberg, 2017).

Asimismo, cabe resaltar que los padres cumplen un rol importante en esta etapa y según estudios el que los padres reflejen un excesivo control sobre sus hijos entre el 27,7% y 33,8% (Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016), restringiendo la oportunidad de entablar nuevas relaciones sociales, impide y aísla la práctica de comportamientos sociales en situaciones

nuevas, limitando de esta manera la posibilidad de que el niño se desenvuelva con normalidad, y menos ansioso con los demás (Waite y Creswell, 2015; Van, Tillfors, & Trost, 2018).

Por otro lado, la manera en cómo los adolescentes perciben las relaciones parentales mediante el rechazo de los padres por bajos niveles de afecto, abandono, hostilidad física o verbal, o de otros comportamientos que perciben los adolescentes al no sentirse amados por sus padres, es un aspecto asociado al desarrollo de la ansiedad social. De tal manera que, los adolescentes tienden a ver las relaciones interpersonales como no fiables, inseguras, hostiles y amenazantes, generando en ellos una excesiva alerta e hipersensibilidad al rechazo en otras relaciones sociales (Mak, Fosco & Feinberg, 2017; La Greca y Ranta, 2015; Spence & Rapee, 2016).

Esto es especialmente preocupante dado que hay datos que respaldan que la ansiedad social se presenta en niveles altos en adolescentes, por lo cual se convierte en un factor de riesgo que, si no se tratan, estos pueden continuar hasta la edad adulta y aumentar su gravedad (Aznar, 2014). Puesto que, las personas que padecen trastornos de ansiedad social a largo plazo corren mayor riesgo de desarrollar problemas adicionales relacionados con el estado de ánimo, el comportamiento y el abuso de sustancias (Spence & Rapee, 2016; Scott, 2018).

Además, en los adolescentes se presentan pensamientos y temores acerca de lo que otros piensan, por lo cual comienzan a predecir o intentar deducir que es lo que piensan acerca de su persona. Tal y como lo demuestran investigaciones donde el adolescentes con ansiedad social tienen un mayor riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas, de esta manera en consonancia con este hallazgo, la ansiedad social se ha relacionado con dificultades interpersonales característicos de pertenencia frustrado, como el apoyo social percibido bajo y la sensación de soledad, es decir se asocia negativamente con el apoyo social percibido, incluyendo el apoyo social de los compañeros y amigos cercanos (Gallagher et al., 2014). Es así que comienzan a centrarse en las cosas vergonzosas que podrían suceder, en lugar de las cosas buenas. Esto hace que una situación parezca mucho peor de lo que es, e influye en una persona para evitarla (Hasan, 2018).

Por lo tanto, saber cómo reconocer y responder a la ansiedad en los adolescentes es de suma importancia. Teniendo en cuenta que, lidiar con la fobia social requiere paciencia, coraje para enfrentar los temores y probar cosas nuevas, y la voluntad de practicar. Se

necesita un compromiso para seguir adelante en lugar de retroceder cuando se siente tímido. Poco a poco, alguien que decide lidiar con la timidez extrema puede aprender a sentirse más cómodo. Cada pequeño paso adelante ayuda a generar suficiente confianza para dar el siguiente paso. A medida que la timidez y los miedos comienzan a derretirse, la confianza y los sentimientos positivos aumentan.

Del mismo modo, dar a conocer que las Instituciones Educativas pueden desempeñar un papel importante en el tratamiento de las necesidades de salud mental no satisfechas de los jóvenes al aumentar potencialmente el acceso a la atención de manera rentable. Siendo de esta manera, el trastorno de ansiedad social particularmente adecuado para ser tratado en el entorno escolar. Primero, debido a la naturaleza social del trastorno, el tratamiento grupal puede ser ideal. El tratamiento grupal es un desafío logístico en un entorno clínico debido a la variabilidad en los diagnósticos y la programación entre los clientes, mientras que las escuelas contienen muchos estudiantes socialmente ansiosos que necesitan intervención (Ryan y Masia, 2012). De esta manera, se da a conocer estrategias que puede emplear el adolescente para enfrentar estar la ansiedad social.

Así tenemos que los adolescentes de la Institución Educativa de Tembladera evidencian las siguientes manifestaciones a nivel social y cognitivo entre ellas tenemos: que los adolescentes cuentan con pocos amigos íntimos, ya que presentan dificultad para entablar relaciones sociales favorables porque muestran poca capacidad para iniciar y entablar una conversación, sintiéndose incómodos cuando son observados, lo que genera que tengan torpeza al hablar, evidencien miradas ansiosas y temor para hablar frente a los demás. Además, los adolescentes son víctimas de maltrato y burlas por parte de sus compañeros cuando quieren expresar sus sentimientos y emociones siendo esto un factor para que el adolescente presente interpretaciones negativas hacia su persona, lo que acarea que no quieran ser partícipe de actuaciones o actividades sociales, asimismo presentan pocas expectativas hacia el futuro. Por último, presentan una búsqueda constante por ser aprobados por sus compañeros.

Estas manifestaciones se sintetizan en el **problema científico: Insuficiencias en el proceso de desensibilización sistemática que limitan el tratamiento de la ansiedad social.**

Desde la evaluación del diagnóstico se puede decir que estas son **las causas del problema:**

Limitaciones prácticas en el desarrollo del proceso de desensibilización sistemática para interpretar evaluaciones negativas hacia su persona.

Deficiente orientación didáctica metodológica en el desarrollo del proceso de desensibilización para la participación en actividades sociales.

Insuficiente capacitación de los docentes en el desarrollo del proceso de desensibilización sistemática para disminuir la ansiedad social.

Estas **valoraciones causales** sugieren profundizar en el estudio del **Proceso de desensibilización sistemática**.

Al respecto, Vallejo-Slocker y Vallejo (2016) aseveran que la ansiedad, dentro de ello la ansiedad social importa y es necesario centrarse en su reducción, para ello se emplea la relajación como modo de afrontamiento hacia las respuestas de ansiedad debido a que son respuestas fisiológicamente opuestas y por consiguiente creando un contexto más favorable para generar un nuevo aprendizaje.

De lo analizado por varios autores se evidencia que no existen referentes teóricos y prácticos relacionados con la estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes.

Por tanto, en el ámbito formativo los resultados investigativos, todavía no satisfacen los requerimientos teóricos y metodológicos para el presente estudio de estrategia terapéutica basadas en la desensibilización sistemática, desde una dinámica, que trate la ansiedad en adolescentes, tomando en cuenta el ámbito familiar en base a las relaciones afectivas y el amical con respecto a su interacción cotidiana, lo que se constituye en la **inconsistencia teórica**.

Por lo que se determina como **campo de acción: la dinámica del proceso de desensibilización sistemática**.

En este contexto se revela la necesidad de significar el proceso de desarrollo de la desensibilización sistemática donde las aproximaciones sucesivas a situaciones similares deben estar presentes para reorientar la conducta desfasada, es así que la **orientación epistémica** de la investigación se da en la relación existente entre la desensibilización sistemática y el desarrollo de habilidades positivas para mejorar las relaciones sociales de los adolescentes.

La **población** fue constituida por adolescentes de una Institución Educativa de Tembladera, la cual equivale a 49 estudiantes de secundaria. Por lo cual, se trabajó con toda la población, sin embargo, se tomó en cuenta criterios de exclusión para participar del estudio dentro de los cuales están los siguientes: no tener el firmado el consentimiento informado, ser menores de 11 años, el no haber desarrollado adecuadamente el cuestionario.

Como **aporte práctico**: una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa de Tembladera.

La **Novedad** está en propiciar una estrategia terapéutica, con la cual otros profesionales de la salud mental puedan intervenir oportunamente en adolescentes que presentan ansiedad social.

La **significación práctica**, consiste en el impacto de los resultados, radican en contribuir al uso de estrategias psicológicas basadas en la desensibilización sistemática en el ámbito educativo como fuente de intervención oportuna para la disminución de la ansiedad social en los adolescentes.

Por consiguiente, se pretende tener una estrategia terapéutica basada en la desensibilización sistemática y así mejorar la intervención en adolescentes que presentan ansiedad, el cual se emplee como herramientas para la adecuada intervención de los profesionales en psicología, así como también la comprensión de la problemática expuesta.

1.2. Antecedentes de estudio

Con respecto a la desensibilización sistemática se ha demostrado mediante estudios desde el punto de vista teórico y en comparación con otras técnicas de exposición, que es eficaz en la intervención para el manejo de la reducción de la ansiedad. Así también, utiliza técnicas de relajación, presentación gradual y el aprendizaje duradero de una respuesta alternativa bajo un contexto estimular variado que beneficia la generalización. Asimismo, la desensibilización sistemática tiene una buena aceptación en los pacientes, debido al procedimiento flexible y a que posee bases teóricas consolidadas, siendo estas razones suficientes para revalorar la técnica (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

De esta manera Triscari et al., (2015) en Palermo (Italia) mostraron que el empleo de la desensibilización sistemática en casos de ansiedad es efectiva para la disminución de la ansiedad ante el vuelo. Asimismo, se encontró que la combinación de la TCC con la

aplicación de la desensibilización con movimientos oculares y el tratamiento de reprocesamiento y los estímulos virtuales utilizados para exponer a los pacientes con aerofobia parecía tan eficaz como los tratamientos cognitivos conductuales tradicionales integrados con la desensibilización sistemática.

En Rumania Neacsu et al., (2014) en su estudio identificaron la eficacia de dos métodos de terapia utilizados en la disminución de la ansiedad y miedo dental: la relajación y desensibilización sistemática. Encontraron que las técnicas psicológicas para reducir la ansiedad han obtenido un efecto estadísticamente significativo en la disminución de ella, tanto para el índice general de ansiedad y para los tres componentes: evitación, fisiológico y a los estímulos.

Mientras que en Nigeria Ifeanyi, Nwokolo, y Anyamene (2015) en su estudio demostraron la eficacia de la técnica de desensibilización sistemática en la reducción de la ansiedad ante exámenes de los estudiantes secundarios. Este estudio confirma investigaciones anteriores que demostraron el efecto positivo de la técnica de desensibilización sistemática para diversos comportamientos exhibidos por los estudiantes ante los exámenes.

Estudios realizados en Suecia dieron a conocer que el restringir a los adolescentes la oportunidad de entablar nuevas relaciones sociales, es decir mediante el control excesivo de los padres, ello impediría y aislaría la práctica de comportamientos sociales en situaciones nuevas, limitando de esta manera la posibilidad de que el adolescente se desenvuelva con normalidad (Van, Tillfors, & Trost, 2018). Asimismo, en Estados Unidos Mak, Fosco y Feinberg (2017) encontraron asociaciones de transacción entre el rechazo padre y la ansiedad social jóvenes, así como entre la ansiedad social y la soledad, dando a conocer la importancia del papel de los progenitores en la juventud de ansiedad social y el ajuste social.

Además, según estudios realizados en Reino Unido se identificó que la ansiedad social es un fuerte predictor de síntomas depresivos en el tiempo, pero no viceversa, independientemente de cibervictimización (Van, N., & Van, M., 2018). Sin embargo, según el estudio de Haller, et al. (2016) los adolescentes con mayor ansiedad social presentan sesgos cognitivos en la interpretación y la atribución de las críticas realizadas por los demás.

En España se realizaron estudios de análisis de regresión múltiple dando a conocer que entre el 27,7% y un 33,8% de la varianza de la ansiedad social y destacaron su relación

positiva con el control parental, el ajuste normativo y la autoestima negativa, y su relación negativa con el ajuste social.

De esta manera, se dio a conocer la importancia de trabajar la competencia social y la autoestima de los jóvenes, así como de favorecer prácticas parentales positivas y adaptadas al grado evolutivo de los hijos para prevenir el desarrollo de la ansiedad social en este tiempo (Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz, 2016).

Por consiguiente, Delgado et al. (2017) en su investigación identificaron que los escolares con un alto nivel de puntuación en ansiedad social muestran puntuaciones bajas en aptitudes intelectuales que sus compañeros sin ansiedad social, es decir los escolares cuentan con menos posibilidades de presentar alta ansiedad social a medida que incrementa su puntuación en las subescalas de concepción espacial y fluidez verbal.

Además, cabe resaltar que en una investigación se encontró que aquellos adolescentes que mostraban niveles altos de ansiedad social presentaban autoestima baja y carencia de habilidades sociales (Caballo, Salazar y Equipo de Investigación CISO-A España, 2018).

Sin embargo, Hamilton et al. (2015) en New York identificaron que el maltrato entre iguales y maltrato emocional familiar, pueden predecir tanto los síntomas depresivos y de ansiedad social; además que los adolescentes que cuentan con reacciones más inmediatas depresógenos pueden tener un mayor riesgo para el desarrollo posterior de los síntomas de la ansiedad social. De esta manera, un estudio realizado en España revela que los estudiantes con ansiedad social también muestran una mayor probabilidad de percibir su relación con los compañeros del mismo sexo de una manera negativa, considerando peor estudiante, menos atractivo y atlético, y más emocional inestable (Delgado, Inglés y García-Fernández, 2013).

Con respecto a las estrategias en adolescentes con ansiedad se encontró que, en Estados Unidos, Ryan y Masia (2012) propusieron estrategias de intervención para el abordaje de la ansiedad social en adolescentes, estando conformada por 12 sesiones semanales de grupo en la escuela (40 minutos), dos sesiones grupales de seguimiento para abordar la recaída y los obstáculos restantes, y dos reuniones individuales breves para estudiantes (20 minutos). Además, se incluyen cuatro eventos sociales de fin de semana (90 minutos; por ejemplo, bolos, patines) que incluyen compañeros pro-sociales (llamados "compañeros asistentes") para brindar exposiciones del mundo real y generalización de habilidades. Asimismo, propuso trabajar los padres de familia, para ello se organizó dos reuniones grupales (45

minutos) durante las cuales reciben psicoeducación relacionada con la ansiedad social y aprenden técnicas para controlar la ansiedad de sus hijos y facilitar la participación en actividades sociales. También se sugirió proporcionar reuniones para los maestros con la finalidad de orientarlos sobre la ansiedad social y el programa.

Asimismo, Silver, Shapiro y Milrod (2013) encontraron que al aplicar 14 sesiones de TCC (terapia cognitiva conductual) en comparación con administración de sertralina o una combinación de sertralina durante 12 semanas, se detectó que el 50% de los grupos de adolescentes estadounidenses a quienes se le había aplicado la TCC habían mejorado mucho o muy mejorado, en contraste con el 80% de los tratados con la combinación y el 23,7% de placebo. Del mismo modo, La Greca, Ehrenreich-May, Mufson, y Chan (2016) realizaron intervenciones en adolescentes estadounidense con ansiedad social (3 sesiones individuales y 10 sesiones grupales) se llevó a cabo semanalmente durante la escuela, encontrándose que en cuanto a la viabilidad, el 86% de los adolescentes completaron la intervención (promedio de asistencia = 11.58 sesiones). Además de los índices de satisfacción fueron uniformemente positivos. Los análisis de intención de tratar revelaron disminuciones significativas en la ansiedad y la depresión social en los adolescentes.

En resumen, se encontró los aspectos de las relaciones entre iguales y el maltrato entre iguales generan ansiedad social en los adolescentes. Asimismo, los padres cumplen un rol importante en esta etapa, es así que al realizar un excesivo control sobre sus hijos, restringen la oportunidad de entablar nuevas relaciones sociales, impide y aísla la práctica de comportamientos sociales en situaciones nuevas, limitando de esta manera la posibilidad de que el adolescente se desenvuelva con normalidad. Por esa razón, el adolescente con ansiedad social teme manifestar síntomas de ansiedad que podrían generar una evaluación negativa externa, y por ello, tiende a prescindir de diversas circunstancias sociales o se muestra a ellas sufriendo una intensa ansiedad y malestar. Los adolescentes con trastorno de ansiedad social están en desventaja en todas las áreas de la vida. Es posible que se desempeñen mal en la escuela y tengan problemas para asistir a clases. Los estudiantes con el trastorno también tienen menos probabilidades de hacer amigos y participar en actividades extracurriculares.

Al igual que con los adultos, el trastorno de ansiedad social en adolescentes y niños puede ser causado por factores genéticos, factores ambientales, factores sociales y factores cerebrales / biológicos. Muchos padres pueden culparse a sí mismos, pero saben que

generalmente es una combinación de cosas que causan el trastorno. Lo más importante que puede saber es apoyar al niño y ayudarlo a encontrar ayuda.

Finalmente, la desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas precursoras de modificación de conducta y aplicada en el tratamiento de las fobias, con la finalidad de obtener la desaparición de la respuesta de ansiedad, además permite al paciente controlar los pasos que debe realizar hasta que el miedo se supere. Esta ausencia de elementos perturbadores hace que sea menos probable que esta técnica provoque el abandono de la terapia.

Tipos de trastorno de ansiedad que afectan a los adolescentes

En su nivel más básico, los trastornos de ansiedad tienen características comunes, incluyendo el miedo excesivo, la evitación de lo que se teme, la anticipación y preocupación. De esta manera según Siegel y Dickstein (2018) los tipos de ansiedad que se presentan en los adolescentes son los siguientes:

Ansiedad generalizada, el adolescente presenta durante meses de preocupación incontrolable de muchos temas;

Fobia social, se manifiesta a través del miedo a situaciones sociales o de rendimiento;

Ansiedad de separación, se preocupa por la separación del hogar o figuras de apego;

El trastorno de pánico, se presenta mediante estallidos intensos de ansiedad que tienen un inicio y final repentino (por ejemplo, que dura más de 1 hora) acompañados por síntomas físicos tales como falta de aliento, palpitaciones y mareos;

Fobia específica se manifiesta a través del miedo a un determinado objeto o situación, tales como arañas o payasos.

Función de la ansiedad en la adolescencia:

Un estudio epidemiológico nacional representativo, encontró que la mayor parte de los trastornos de ansiedad tienen una edad de inicio promedio de 11 años. Estos son generalmente más comunes en niñas adolescentes. Por ejemplo, los niños y adolescentes a menudo tienen quejas físicas o síntomas somáticos de la ansiedad (es decir, el estómago o dolores de cabeza), en lugar de reconocer los síntomas de ansiedad como tal. De esta manera,

las preocupaciones, como el comportamiento desafiante en casa o en la escuela, también pueden acompañar a la ansiedad en la juventud (Siegel y Dickstein, 2018). Además, algunas investigaciones sugieren que los problemas en las amistades cercanos, es decir, menos intimidad y compañía, están más estrechamente relacionados con la ansiedad social para las adolescentes que para los niños (La Greca y More Harrison, 2005). Otro de los factores que afrontan los adolescentes son los cambios corporales, muchos de los cuales son precipitados por inicio de la pubertad y los cambios hormonales subyacentes. Estos cambios contribuyen a sentimientos de ansiedad social de los adolescentes y otros problemas relacionados, tales como trastornos de la alimentación (La Greca y Ranta, 2015; Giannini y Loscalzo, 2016).

Los adolescentes tienen un deseo excesivo de transmitir una impresión favorable de sí mismo a los demás y tener creencias que, cuando entran en una situación social, que están en grave riesgo de comportarse de una manera inapropiada o no cualificado, lo que lleva a consecuencias sociales desastrosas. Por lo tanto, las situaciones sociales son vistos como altamente mortal (Spence & Rapee, 2016).

Algunos adolescentes con trastorno de ansiedad social y otros trastornos de ansiedad intentan hacer frente a formas autodestructivas y potencialmente peligrosas. Pueden comenzar a usar alcohol o drogas recreativas para aliviar el dolor emocional o sentirse menos ansiosos (o más confiados) en situaciones sociales. También pueden participar en comportamientos de autolesión no suicidas, como quemarse o cortarse.

Visión del entorno del adolescente

Para Hasan (2018) las formas en que la fobia social puede afectar la vida de alguien incluyen:

Sentirse decepcionado o solo por las oportunidades perdidas de amistad y diversión. La fobia social puede evitar que alguien converse con amigos en el comedor, se una a un club después de la escuela, vaya a una fiesta o le pregunte a alguien en una cita.

No sacar el máximo provecho del colegio. La fobia social puede impedir que una persona se ofrezca como voluntaria una respuesta en clase, lea en voz alta o haga una presentación. Alguien con fobia social puede sentirse muy nervioso como para plantear una pregunta en clase o pedir ayuda a un docente.

Perdiendo la ocasión para compartir su talento y facilita el aprendizaje de diferentes habilidades. La fobia social podría impedir que alguien audicione para la obra escolar,

participe en el concurso de talentos, haga una prueba para un equipo o se una a un proyecto de servicio. La fobia social no solo impide que las personas prueben cosas nuevas. También les impide cometer los errores cotidianos normales que ayudan a las personas a mejorar aún más sus habilidades.

Las relaciones generales entre pares

Se encontró dos aspectos diferentes de las relaciones entre iguales generales de los adolescentes: las afiliaciones de pares de multitudes y de maltrato entre iguales.

Multitud de pares adolescentes

La aceptación de los compañeros es una parte importante de los adolescentes para la identidad propia y tiene una fuerte influencia en el ajuste psicológico, puesto que buscan el apoyo social, desarrollo de la amistad, y la facilitación de las interacciones sociales (Harter, 1997 como se cita en La Greca y More Harrison, 2005). Además, según algunos estudios los adolescentes con niveles más bajos de compañía e intimidad en sus amistades cercanas al inicio del año escolar presentan mayores niveles de ansiedad social (es decir, el miedo a las evaluaciones negativas), es decir menos intimidad en una estrecha amistad también genera mayores niveles de ansiedad social reflejados en la evitación social y angustia (La Greca y Ranta, 2015).

Maltrato entre iguales

Los estudios realizados con niños y adolescentes han relacionado consistentemente maltrato entre iguales con el malestar interno, incluyendo los sentimientos de depresión y soledad. Del mismo modo, las interacciones negativas con los mejores amigos pueden contribuir a sentimientos de ansiedad social, como el conflicto con o exclusión de un mejor amigo puede aumentar la sensación de incomodidad o malestar en torno a sus compañeros y sus preocupaciones acerca de las evaluaciones negativas de los pares (La Greca y More Harrison, 2005).

Relaciones románticas

Las relaciones románticas surgen por primera vez en la adolescencia, estas se presentan a los 14 o 15 años, implicando el apoyo, la intimidad y compañía. Por lo tanto, es probable que las interacciones negativas con una pareja romántica sería doloroso para adolescentes y provocar sentimientos de depresión o ansiedad social (La Greca y More Harrison, 2005).

Relación con los padres

Para los autores Van, Tillfors y Trost, (2018) los padres cumplen un rol importante en esta etapa, es así que al realizar un excesivo control sobre sus hijos, restringen la oportunidad de entablar nuevas relaciones sociales, además según Gómez-Ortiz, Casas y Ortega-Ruiz (2016) impide y aísla la práctica de comportamientos sociales en situaciones nuevas, limitando de esta manera la posibilidad de que el niño se desenvuelva con normalidad.

Por otro lado, la manera en cómo los adolescentes perciben las relaciones parentales mediante el rechazo de los padres por bajos niveles de afecto, abandono, hostilidad física o verbal, o de otros comportamientos que perciben los adolescentes al no sentirse amados por sus padres, es un aspecto asociado al desarrollo de la ansiedad social. De tal manera que, los adolescentes tienden a ver las relaciones interpersonales como no fiables, inseguras, hostiles y amenazantes, generando en ellos una excesiva alerta e hipersensibilidad al rechazo en otras relaciones sociales (Mak, Fosco & Feinberg, 2017).

Las transiciones de la escuela y las relaciones entre pares

Durante la adolescencia, la mayoría de las transiciones de los jóvenes experimentan importante de la escuela, aunque el tiempo exacto de las transiciones puede variar según los países. De esta manera, la escuela o el trabajo generan transiciones que pueden tener un impacto sustancial en la vida social de los adolescentes, a medida que aprenden a interactuar con nuevos compañeros y adultos (por ejemplo, maestros, jefes). Asimismo, los adolescentes que se trasladan a una nueva comunidad también se enfrentan a la posibilidad de hacer nuevos amigos y hacer frente a los nuevos maestros y otros adultos (La Greca y Ranta, 2015).

Eventos sociales

Los eventos sociales de tres a cuatro fines de semana se consideran útiles para la generalización de habilidades y la práctica. Asisten a los eventos, como bolos, minigolf, patinaje y rótulos láser, líderes de grupo, miembros del grupo y asistentes de compañeros de las escuelas secundarias de los estudiantes. Las actividades brindan a los miembros del grupo la oportunidad de practicar habilidades sociales y permiten la exposición a varias situaciones comúnmente evitadas (por ejemplo, asistir a un evento social sin amigos o con compañeros desconocidos, iniciar conversaciones, actuar frente a otros, etc.), mientras los líderes brindan al grupo una muestra del funcionamiento ante las situaciones sociales. Los líderes de grupo

facilitan activamente el primer evento y fomentan la interacción entre los miembros del grupo y los compañeros de apoyo; sin embargo, en eventos posteriores.

Sintomatología de la ansiedad

Los signos y síntomas de esta dificultad, son básicamente fisiológicos y reflejan la activación del sistema nervioso simpático (SNS) y parasimpático (SNP). Según Beck y Clark (2013) están clasificados de la siguiente manera:

Síntomas fisiológicos, se evidencia el aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; respiración entrecortada o acelerada; presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudoración, escalofríos, náusea, dolor de estómago, diarrea; temblores, estremecimientos; adormecimiento, temblor de brazos o piernas, inestabilidad; músculos tensos y sequedad de boca.

Síntomas cognitivos, mediante el miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás, pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes, percepciones de irrealidad, falta de concentración y atención, confusión, hipervigilancia hacia lo que se considera amenazante, problemas para recordar y dificultad de razonamiento.

Síntomas conductuales, la persona evita las señales o situaciones de amenaza; huye, busca lugares seguros, reafirmación; presenta inquietud, agitación, hiperventilación; se queda pasmado y presenta dificultades en la dicción de las palabras.

Síntomas afectivos, reflejado en el nerviosismo, tensión, tendencia a asustarse fácilmente, inquietud y frustración. (p.42)

De esta manera, alguien con Trastorno de Ansiedad Social está mayormente preocupado de que él o ella hará algo que resultará en vergüenza y / o rechazo. Esto puede ser algo que la persona realmente hace o incluso que puede mostrar síntomas de ansiedad (por ejemplo, sonrojarse, temblor, sudoración, tropezar con las palabras o mirar fijamente). Estos sentimientos pueden ser menos intensos si se experimentan alrededor de un individuo de confianza (Teen Mental Health, 2015).

Ansiedad social en adolescentes

Se define como la presencia de un miedo o ansiedad elevada ante situaciones sociales en las que el individuo se siente sometido a la crítica de los demás, es decir está dirigida

hacia la valoración negativa que otras personas pueden tener de ellos. Por esa razón, el adolescente con ansiedad social teme actuar de cierto modo o mostrar síntomas de ansiedad que podrían generar una evaluación negativa externa, y por ello, tiende a evitar muchas situaciones sociales o se expone a ellas sufriendo un intenso malestar y ansiedad (Gómez-Ortiz, Casas, Ortega-Ruiz, 2016).

Temperamento en adolescentes con ansiedad social

Los adolescentes se muestran tranquilos, se guarda a si mismo volviéndose más retraído y pasivos, preocupándose demasiado por la evaluación negativa, presentando miedos a ser avergonzados o humillados y muestra pocas expresiones faciales (Gans, 2019).

Comportamiento del adolescente con ansiedad social

El adolescente no participa en clases, siente miedo actuar frente a otros / hablar en público, se sienta solo en la biblioteca o cafetería, tiene miedo de pedir ayuda al profesor y presenta miedo de llegar tarde a clase (Gans, 2019).

Comportamiento con los compañeros

Tiene pocos amigos, presenta miedo de comenzar o participar en conversaciones, además tiene miedo de pedir a otros que se junten, evita el contacto visual, suele hablar suavemente o murmura y revela poco sobre sí mismo cuando habla con otros (Gans, 2019).

Pensamientos

Los pensamientos que suelen rondar en los adolescentes con ansiedad son “Voy a decir algo estúpido” “No me gustaran” “Soy un idiota” “La gente puede decir que estoy ansioso” (Teen Mental Health, 2015).

Emociones

Las emociones que suelen reflejar están relacionada a la preocupación / miedo, vergüenza, impotencia, tristeza y enfado (Teen Mental Health, 2015).

Desarrollo de la ansiedad social en los adolescentes

La ansiedad social según Hasan (2018), se desarrolla debido a una combinación de tres factores:

El factor biológico. La fobia social podría deberse en parte a los genes y al temperamento que una persona hereda. Los rasgos genéticos heredados de los padres y otros familiares pueden influir en cómo el cerebro percibe y regula la ansiedad, la timidez, el nerviosismo y las reacciones de estrés. Del mismo modo, algunas personas nacen con un temperamento tímido y tienden a ser cautelosas y sensibles en situaciones nuevas y prefieren lo que les es familiar. La mayoría de las personas que desarrollan fobia social siempre han tenido un temperamento tímido. Sin embargo, no todas las personas con un temperamento tímido desarrollan fobia social (de hecho, la mayoría no lo hace). Es lo mismo con los genes. Pero las personas que heredan estos rasgos tienen mayores posibilidades de desarrollar fobia social.

Comportamientos aprendidos de los modelos a seguir (especialmente los padres). El temperamento naturalmente tímido de una persona puede verse influido por lo que aprende de los modelos a seguir. Si los padres u otras personas reaccionan sobreprotegiendo a un niño que es tímido, el niño no tendrá la oportunidad de acostumbrarse a nuevas situaciones y nuevas personas. Con el tiempo, la timidez puede convertirse en fobia social. Los padres tímidos también pueden dar un ejemplo involuntariamente al evitar ciertas interacciones sociales. Un niño tímido que mira esto aprende que la socialización es incómoda, angustiada y algo que evitar.

Eventos de la vida y experiencias. Si las personas que nacen con una naturaleza cautelosa tienen experiencias estresantes, puede hacer que sean aún más cautelosos y tímidos. Los refugiados presionados para interactuar en formas en las que no se sienten preparados, criticados o humillados, o tener otros miedos y preocupaciones pueden hacer que sea más probable que una persona tímida o temerosa desarrolle ansiedad social.

Las personas que constantemente reciben reacciones críticas o de desaprobación pueden llegar a esperar que los demás las juzguen negativamente. Ser burlado o acosado hará que las personas que ya son tímidas puedan retirarse y refugiarse aún más. Estarán asustados de cometer un error o decepcionar a alguien, y serán más sensibles a las críticas.

Modelo cognitivo de la ansiedad

El modelo toma en cuenta las organizaciones de esquemas relacionados con las expectativas, autoevaluación, reglas y recuerdos. Para Beck y Clark (2013) se toman en cuenta los siguientes:

Creencias; relacionadas a las representaciones o abstracciones de contenidos del esquema como las suposiciones, expectativas, miedos reglas y evaluaciones.

Creencias primarias; a través de las representaciones de abstracciones de contenidos de esquemas primarios como las expectativas de supervivencia, salud, de identidad y relaciones.

Esquemas; son estructuras cognitivas complejas que procesan los estímulos, proporcionan significados y activos sistemas psicobiológicos relacionados.

Protoesquemas; tomando en cuenta las estructuras cognitivas básicas que detectan, evalúan y movilizan respuestas a estímulos vitales para la supervivencia.

Esquemas primarios; basada en la estructuras cognitivas complejas que se ocupan de metas evolutivas como la supervivencia y la procreación.

Modos; redes con componentes cognitivos, emocionales, motivaciones y conductuales diseñados para afrontar demandas específicas, incluyendo esquemas organizados.

De esta manera el modelo cognitivo de la ansiedad plantea que los problemas psicológicos cotidianos de la población general y las psicopatológicas, son una acentuación del funcionamiento adaptativo normal, es decir que la diferencia entre las respuestas adaptativas y los trastornos psicológicos es en gran medida cuantitativa; lo patológico es resultado de la exageración de los sesgos que se encuentran en el procesamiento de la información personas sanas como lo que sucede con un sesgo negativo que tiende a exagerar una amenaza o desafío, mientras que un sesgo positivo exagera las recompensas previstas para una conducta expansiva.

Criterios diagnósticos

Según el DSM-5 la ansiedad social se establece en base a 10 criterios para su diagnóstico de la siguiente manera:

Miedo o ansiedad intenso a una o más situaciones sociales (en los niños, el miedo/ansiedad puede asociarse a interacciones con otros niños de su edad, no sólo con adultos);

Miedo a actuar de cierta manera o a mostrar síntomas de ansiedad que se valoren en términos negativos;

Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad;

Evitan situaciones sociales con intenso miedo/ansiedad;

El miedo, ansiedad o evitación es desproporcionado al peligro real y al contexto sociocultural;

El miedo es persistente y dura seis o más meses;

El miedo causa malestar significativo o deterioro escolar, social o familiar;

El miedo no es atribuible a los efectos fisiológicos de una droga, un medicamento o una enfermedad médica;

No se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., trastornos de pánico, dismórfico corporal, del espectro del autismo);

No se debe a alguna condición médica presente o es excesivo (p. ej., obesidad, desfiguración por lesiones);

Los síntomas de miedo o ansiedad pueden expresarse en los niños en forma de rabietas, llanto, quedarse paralizados, aferrarse (p. ej., al vestido de la madre), encogerse o no hablar en situaciones sociales.

Tratamientos para los trastornos de ansiedad en la adolescencia

Dentro de las principales formas de psicoterapia para los trastornos de ansiedad se encuentra la psicoeducación, técnicas de relajación, la exposición y la desensibilización sistemática, y la terapia de comportamiento cognitivo (Siegel y Dickstein, 2012), los cuales se describen a continuación:

Psicoeducación

Enseña a los pacientes y a sus padres sobre la ansiedad, dando a conocer información sobre la forma común o qué tipos de ansiedad existen, las causas de los trastornos de ansiedad (por ejemplo, cambios en el cerebro, los genes, el medio ambiente y su interacción), las manifestaciones físicas de la ansiedad (por ejemplo, aceleración del ritmo cardíaco, palmas sudorosas, dolor de cabeza y de estómago dolores), la identificación de las situaciones desencadenantes que pueden conducir a la ansiedad, y el concepto de que evitar situaciones temidas puede mantener / continuar o empeorar la ansiedad (Siegel y Dickstein, 2012).

Las técnicas de relajación,

Las técnicas de relajación, pueden ser empleadas como una opción de atención primaria. La técnica consiste en enseñar las estrategias de relajación, como la respiración profunda, relajación muscular progresiva, y la imaginación guiada que los adolescentes pueden practicar en casa. Para la respiración profunda, el adolescente es instruido para tomar una respiración profunda por la nariz y hacia fuera a través de la boca mientras se siente su estómago subir y bajar con la respiración. La relajación muscular progresiva implica tensar grupos musculares y luego relajar uno a la vez a través del cuerpo (por ejemplo, tensar y relajar dedos de los pies, los tobillos y los terneros). La imaginación guiada instruye a los adolescentes a imaginar un entorno relajante mientras se practica la respiración profunda. Los terapeutas enseñan a los adolescentes para generar la respuesta de relajación, es decir, que la sensación de relajación y bienestar perdure durante las sesiones, luego se pueden practicar y generalizar a otros contextos donde la ansiedad es más común, como en la escuela o con sus compañeros (Siegel y Dickstein, 2012).

Las técnicas que incluyen son:

Respiración diafragmática. Con esta técnica, el paciente aprende a regular su respiración, respirando lenta y profundamente por la nariz, aguantando la respiración durante uno o dos segundos y luego exhalando por la boca.

Visualización. La persona se centra en una escena relajante, representándola en tu mente y concentrándose en los detalles sensoriales, como las vistas o los olores. Esto incluye imágenes guiadas, que involucran a alguien que te describe una escena.

Relajación muscular progresiva. El paciente aprende a tensar y liberar los músculos de todo tu cuerpo. Esta técnica puede reducir la tensión muscular y ayudarlo a reconocer la diferencia entre los músculos tensos y relajados. De esa manera, reconoce mejor cuándo sus músculos comienzan a tensarse en respuesta a la ansiedad o al miedo.

Técnicas de meditación y atención plena. Mediante esta técnica la persona aprende que la meditación puede ayudarlo a ser más consciente de sus pensamientos y sentimientos cuando se enfrente a una situación temerosa. La atención plena le ayuda a notar lo que estás experimentando en el momento presente, lo que puede reducir los pensamientos de ansiedad.

Las tareas de exposición

Suelen ser más complejas de realizar y se utilizan mejor en un entorno de salud mental en lugar de en la atención primaria. Durante las tareas de exposición, se anima a los pacientes a exponerse a situaciones o estímulos temidos (por ejemplo, hablar en público, arañas) con el fin de reducir la evitación de estas situaciones / estímulos. El objetivo de la exposición es permitir que el adolescente “habituarse” a las situaciones / estímulos temidos, lo que significa que se enteran de que los síntomas de ansiedad con el tiempo desaparecen por sí solas sin ningún efecto perjudicial. Esto conduce a la extinción, en el que la situación / estímulo temido ya no provoca la respuesta de ansiedad. La exposición puede llevarse a cabo utilizando una jerarquía de miedo, en el que la terapia comienza con situaciones / estímulos que son los menos temidos y se acumula a las que producen los mayores síntomas de ansiedad (Siegel y Dickstein, 2012).

La desensibilización sistemática

Se trata de una técnica relacionada, en la que los pacientes están expuestos a situaciones que provocan ansiedad, ya sea en vivo o mediante la imaginación (es decir, se imaginan el estímulo que provoca ansiedad) y en la práctica usando técnicas de relajación durante la exposición puede ser muy eficaz para una amplia variedad de síntomas de ansiedad y niveles de gravedad (Siegel y Dickstein, 2012).

La terapia cognitiva conductual

Es una forma de psicoterapia para la ansiedad que combina algunas de las técnicas antes mencionadas con componentes de tratamiento adicionales. La terapia cognitivo conductual se utiliza mejor en el contexto de un tratamiento a largo plazo en un entorno de salud mental. En su esencia, la terapia de comportamiento cognitivo se basa en la idea de que uno de los pensamientos (cogniciones), sentimientos (emociones), y el comportamiento interactúan, con el objetivo de la terapia de comportamiento cognitivo sea identificar y cambiar las cogniciones y comportamientos que están manteniendo el desorden, lo que reduce los síntomas y mejorar la capacidad del paciente para funcionar. Por ejemplo, un adolescente con fobia podría estar preocupado por pensamientos acerca de ser ridiculizado por sus compañeros a un evento social próximo. En términos de comportamiento, evitando la situación o estímulo temido, como no ir al evento social en el ejemplo anterior, a menudo mantiene y empeora los síntomas de ansiedad. En cuanto a las emociones, los sentimientos de ansiedad y posiblemente pobre autoestima o depresión resultarían de tales cogniciones y

comportamientos, de acuerdo con el modelo de terapia de comportamiento cognitivo (Siegel y Dickstein, 2012).

La terapia de comportamiento cognitivo es a menudo trastorno específico, significado adaptado para hacer frente a determinados tipos de cogniciones, emociones y comportamientos asociados con una enfermedad, es decir, la ansiedad o la depresión. La terapia para los trastornos de ansiedad generalmente se compone de varias técnicas, incluyendo tareas de psicoeducación y la exposición. Además, de emplear la reestructuración cognitiva, con el fin de enseñar a los pacientes nuevas formas y pensamientos más adaptativos, tales como darse cuenta de que ellos no pueden controlar el comportamiento de los demás o saber lo que otros piensan. Por ejemplo, para el adolescente con fobia social, la reestructuración cognitiva podría ayudar a la reflexión de los adolescentes con respecto a asistir al evento social y que no fueron ridiculizados, o darse cuenta de que no pueden leer la mente de los compañeros para saber si los están juzgando (Siegel y Dickstein, 2012).

La TCC ayuda a las personas a aprender cómo superar sus miedos. Incluye varios componentes, incluida la Reestructuración cognitiva (por ejemplo, cambiar la forma en que alguien piensa sobre sus miedos) y Exposición (por ejemplo, exponer gradualmente al adolescente a sus miedos mientras lo mantiene seguro y enseñándole estrategias eficaces para hacer frente al miedo). A veces esta terapia se proporciona en grupos (Teen Mental Health, 2015).

La terapia de comportamiento cognitivo

La terapia de comportamiento cognitivo tiene la mejor base de pruebas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Esta terapia fue utilizada por primera vez con los adultos, pero la investigación significativa ha demostrado que también es eficaz para los niños y adolescentes. El tratamiento de los trastornos de ansiedad en un formato de grupo para adolescentes parece lógico, dada la importancia de los compañeros y las interacciones sociales en el desarrollo normal de los adolescentes. Por otra parte, la terapia de comportamiento cognitivo grupo proporciona la oportunidad para el modelado de pares, las interacciones sociales, y la exposición a situaciones interpersonales potencialmente temidos (Siegel y Dickstein, 2012).

Grupos de apoyo

Muchas personas con ansiedad social también encuentran útiles los grupos de apoyo. En un grupo de personas que tienen trastorno de ansiedad social, puede recibir comentarios imparciales y honestos sobre cómo lo ven los demás miembros del grupo. De esta manera, puede aprender que sus pensamientos sobre el juicio y el rechazo no son verdaderos o están distorsionados. También puede aprender cómo otras personas con trastorno de ansiedad social se acercan y superan el miedo a las situaciones sociales (National Institute of Mental Health, 2016).

1.3. Teorías relacionadas al tema

El proceso de la Desensibilización sistemática y su dinámica.

La desensibilización sistemática, es considerada una de las técnicas precursoras de modificación del comportamiento. Fue creada por Joseph Wolpe en 1958 (Wolpe, 1958) y utilizada en el tratamiento de miedos y fobias, corresponde a un tratamiento de extinción de la conducta, puesto que se expone al paciente al estímulo fóbico con la finalidad de obtener la desaparición de la respuesta de ansiedad (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

Descripción de la técnica

Para llevar a cabo esta técnica, como primer paso se realiza la técnica de relajación muscular o la respiración controlada. Luego, el paso siguiente está abocado hacia la exposición de la situación que crea ansiedad, se presenta de manera progresiva, y se procura mantener el estado de relajación. De esta forma, se asocia una situación de relajación con los estímulos que generan ansiedad. Es importante seguir manteniendo el estado de relajación tras la exposición, pues de lo contrario es fácil que, en vez de tratar el miedo a una nueva exposición, este se incremente y que incluso aumente la inseguridad e incapacidad de la persona, por lo cual retrasaría el progreso de la terapia. En segundo lugar, el paciente crea una jerarquía de miedo a partir de estímulos que generan la menor ansiedad (miedo) y se acumulan en etapas para obtener las imágenes más provocadoras de miedo. La lista es crucial ya que proporciona una estructura para la terapia. En tercer lugar, el paciente avanza hacia la jerarquía del miedo, comenzando por los estímulos menos desagradables y practicando su técnica de relajación a medida que avanzan. Cuando se sienten cómodos con esto (ya no tienen miedo) pasan a la siguiente etapa en la jerarquía. Si el cliente se enoja, puede regresar

a una etapa anterior y recuperar su estado relajado. El adolescente se imagina repetidamente esta situación hasta que no logra provocar ninguna ansiedad, lo que indica que la terapia ha sido exitosa. Este proceso se repite mientras se trabaja a través de todas las situaciones en la jerarquía de ansiedad hasta que provoque la mayor ansiedad (Schlatter, 2003).

La cantidad de sesiones requeridas depende de la gravedad de la fobia. Generalmente 4-6 sesiones, hasta 12 para una fobia severa. La terapia se completa una vez que se cumplen los objetivos terapéuticos acordados (Schlatter, 2003).

La exposición se puede hacer de dos maneras según Schlatter, 2003:

In vitro: el cliente imagina la exposición al estímulo fóbico.

In vivo: el cliente está realmente expuesto al estímulo fóbico.

Aplicaciones de la Desensibilización Sistemática

La desensibilización Sistemática es empleada en el tratamiento de diversas fobias, siendo con más frecuencia en fobias hacia los exámenes académicos y las fobias sociales en adolescentes.

Fobia a los exámenes, se ha demostrado que es efectiva en la disminución de la ansiedad ante la elaboración de exámenes en adolescentes. De manera más concreta, el estudio de Zettle (2003 como se cita en Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016) demostró la superioridad de la DS en imaginación frente a la terapia de compromiso y aceptación para la disminución de la ansiedad antes exámenes del curso de matemáticas

Fobia social (trastorno de ansiedad social): en casos de miedo escénico con ansiedad para la expresión de las emociones, consiguiendo resultados positivos (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

1.4. Formulación del Problema

Insuficiencias en el proceso de desensibilización sistemática que limitan el tratamiento de la ansiedad social.

1.5. Justificación del Problema

Las investigaciones realizadas en Palermo (Italia) Triscari et al., (2015) mostraron que el empleo de la desensibilización sistemática en casos de ansiedad es efectivo obteniéndose resultados como la disminución en la ansiedad de vuelo. Asimismo en Nigeria Ifeanyi, et al., (2015) demostraron la eficacia de la técnica de desensibilización sistemática en la reducción de la ansiedad de prueba entre los estudiantes secundarios, obteniéndose efecto positivo de la técnica de desensibilización sistemática para diversos comportamientos exhibidos por los estudiantes de prueba-ansioso.

Mientras que en Rumania Neacsu et al., (2014) en su estudio identificaron la eficacia de dos métodos de terapia utilizados en la reducción de la ansiedad y miedo dental: la relajación y desensibilización sistemática. Encontraron que las técnicas psicológicas para reducir la ansiedad han tenido un efecto estadísticamente significativo en la disminución de ella. La ansiedad social en el ambiente educativo está enmarcada en un escenario donde prima las relaciones interpersonales y la función del área psicológica está centrada en la intervención de estos casos a través de actividades referidas a la integración y planificación de estrategias con el fin de brindar una intervención oportuna de la mejor manera. La ansiedad social en las Instituciones Educativas está asociada según estudios la relación que existe con los padres y compañeros de aula.

En este orden de ideas, resulta insuficiente establecer las dificultades que se presentan. Con el fin de materializar la estrategia, resulta indispensable establecer junto con dichos mecanismos, indicadores e instrumentos que permitan intervenir en la ansiedad social de los adolescentes, como una forma de tratar los niveles de ansiedad a través de la desensibilización sistemática.

Ante estas nuevas exigencias, se requiere del apoyo de autoridades educativas y padres de familia que permitan: Generar la adecuada intervención mediante los tiempos y materiales a emplear, además de un ambiente idóneo para la aplicación de modelos terapéutico y de la creación ambiente para el aprendizaje autónomo y colaborativo. De igual modo, requiere de desarrollar habilidades sociales, cognitivas y comunicativas. La parte administrativa se encarga de las coordinaciones para la ejecución de la estrategia terapéutica, generando invitaciones tanto para padres de familia como adolescentes con el fin de fortalecer los lazos de confianza y comprensión. Mientras que los profesionales de la salud mental de la planificación, ejecución y reporte de resultados de las actividades realizadas.

A nivel mundial, la inquietud por intervenir en los trastornos de ansiedad en población adolescentes está dando lugar a importantes iniciativas y experiencias, sin embargo, la desensibilización sistemática varía en función del contexto debido a que existen pocos estudios realizados en poblaciones similares.

1.6. Hipótesis

Se plantea como **hipótesis**: Si se elabora una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática, que tenga en cuenta la intencionalidad formativa y su sistematización, entonces se contribuirá a tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Se plantea entonces como **objetivo general**: Elaborar una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa.

1.7.2. Objetivos específicos

- a) Fundamentar epistemológicamente el proceso de desensibilización sistemática y su dinámica.
- b) Determinación de los antecedentes del proceso de desensibilización sistemática y su dinámica.
- c) Diagnosticar el estado actual de ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa.
- d) Elaborar de las etapas y las sesiones de una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa.
- e) Validar la propuesta de desensibilización sistemática a partir de criterios de especialistas.

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

La presente investigación según Hernández, Fernández y Batista (2014) corresponden a una investigación de tipo descriptiva - propositiva, por lo cual, además de identificar resultados descriptivos respecto a la ansiedad social, se pretende proponer una estrategia de intervención psicoterapéutica.

El abordaje metodológico corresponde a una investigación cuantitativa, pues pretende obtener información mediante instrumentos psicométricos.

2.2. Población y muestra

La población está conformada por estudiantes de secundaria de una Institución Educativa de Tembladera. Se trabajó con toda la población, la cual corresponde a 49 (23 mujeres).

Criterios de inclusión

Adolescentes de ambos sexos

Adolescentes entre 11 a 18 años.

Adolescentes de educación secundaria.

Adolescentes que tienen consentimiento voluntario de sus padres para participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

Adolescentes que no tengan el consentimiento firmado de sus padres.

Adolescentes que no desarrollen adecuadamente el cuestionario.

2.3. Variables, Operacionalización

Variables

Variable independiente:

Estrategia terapéutica basada en la desensibilización sistemática

Definición conceptual: es conceptualizada como una herramienta terapéutica aplicada en el tratamiento de las fobias, se trata de un procedimiento de extinción, puesto que se

expone al paciente al estímulo fóbico de forma paulatina, con la finalidad de obtener la desaparición de la respuesta de ansiedad (Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016).

Definición operacional: la estrategia terapéutica será abordada mediante las 12 sesiones planteadas con fin de obtener la desaparición de la respuesta de ansiedad, las cuales serán aplicadas de forma consecutiva durante el plazo de tres meses.

Variable dependiente:

Ansiedad social

Definición conceptual: es conceptualizada como la inhibición del comportamiento y aislamiento social, evidenciándose la falta de capacidad para formar relaciones exitosas con sus pares (Herald & Heights, 2016)

Definición operacional: la ansiedad social será medida mediante tres dimensiones, entre las que se encuentran el miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social situaciones sociales nuevas y, la ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general, las cuales corresponden a la Escala de Ansiedad Social (SAS-A)

Operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática</p>	<p>Definida como una técnica basada en la Terapia Conductual cognitiva, organizada en una secuencia de sesiones, que tiene por objetivo desensibilizar eventos asociados con la ansiedad social</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación en la desensibilización sistemática 2. Entrenamiento relajación muscular progresiva 3. Ampliación: Entrenamiento relajación muscular progresiva 4. Ampliación: Entrenamiento relajación muscular progresiva 5. Ampliación: Entrenamiento relajación muscular progresiva 6. Identificación de creencias irracionales 7. Identificación y valoración de las escenas (estímulos) generadoras de ansiedad 8. Realización de la jerarquía de estímulos 9. Aplicación de la desensibilización en imaginación 10. Aplicación de la desensibilización en vivo 11. Ampliación de la desensibilización en vivo 12. Ampliación de la desensibilización en vivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el aprendizaje sobre el proceso de desensibilización • Identificar la secuencia de la relajación. • Aprender forma de tensar y relajar los músculos • Aprender forma de tensar y relajar los músculos • Aprender forma de tensar y relajar los músculos • Aprender forma de tensar y relajar los músculos • Identificar las creencias irracionales • Modificar las de creencias • Identificar los estímulos provocadores de ansiedad social • Valorar los estímulos generadores de ansiedad social • Ordenar los estímulos de ansiedad social • Asignar la valoración según la escala subjetiva de valoración de ansiedad social a cada estímulo • Entrenar a los estudiantes en imaginación. • Iniciar con el proceso de desensibilización de todos los estímulos generadores de ansiedad. • Asignar según la escala subjetiva de valoración de ansiedad social a cada estímulo • Exposición gradual a los estímulos • Exposición en vivo a situaciones sociales

		13.Finalización de la estrategia psicoterapéutica	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la Exposición en vivo a situaciones sociales • 20. Cierre de las sesiones de la propuesta psicoterapéutica.
		Instrumentación	Posee 13 sesiones, la cuales se encuentran organizadas secuencialmente, y serán ejecutadas semanalmente durante 3 meses y 1 semana. El tiempo de duración de cada sesión constará de 60 minutos, estas sesiones se realizarán en las instalaciones de la Institución educativa.
		Evaluación	Pre evaluación: se pretende aplicar un pre test, el cual permitirá conocer los niveles de ansiedad social de los estudiantes antes de la aplicación de la estrategia psicoterapéutica. Post evaluación: con la finalidad de conocer la efectividad de la p

VARIABLES DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS	INSTRUMENTO
Ansiedad social	El miedo a la evaluación negativa.	Intensidad del temor experimentado. Temor a la evaluación negativa por parte de los demás.	8,12,3,14 y 9	Encuesta	Escala de Ansiedad Social (SAS-A).
	Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas.	Malestar subjetivo ante extraños. Malestar subjetivo ante situaciones sociales nuevas. Evitación social ante extraños. Evitación social ante situaciones sociales nuevas.	10,5,20,4,13 y 15		
	La ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general.	Evitación de las relaciones sociales.	22,19 y 21.		

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnicas

Como técnicas de recogida de información se utilizó la observación y encuesta. Ambas técnicas fueron utilizadas para recoger datos de forma confiable.

Instrumentos

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

La escala está compuesta por 22 ítems (Anexo 2), agrupados en tres dimensiones (miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social ante extraños, situaciones sociales nuevas, ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general). Ésta compuesta por una escala de respuestas de cinco p-untos, desde 1: nunca hasta 5: siempre. La calificación se realiza de forma directa sumando todos los ítems. Sus propiedades psicométricas fueron determinadas en Perú por Zabaleta (2018), quien encontró evidencias de validez mediante consistencia interna para las dimensiones de la versión original. Respecto a la fiabilidad, se obtuvo mediante el índice de alfa Cronbach, encontrando índices de .657 a .701, lo que indica que la escala posee aceptables propiedades psicométricas.

Tabla 1:

Validez (procedimiento de relación ítem - test)

El miedo a la evaluación negativa		
3 MEN	Pearson's r	0.714
	p-value	< .001
8 MEN	Pearson's r	0.787
	p-value	< .001
9 MEN	Pearson's r	0.863
	p-value	< .001
12 MEN	Pearson's r	0.898
	p-value	< .001
14 MEN	Pearson's r	0.813
	p-value	< .001
Ansiedad y evitación social ante extraños o situaciones sociales nuevas.		
4 AAE	Pearson's r	0.76
	p-value	< .001
5 AAE	Pearson's r	0.582
	p-value	< .001
10 AAE	Pearson's r	0.739
	p-value	< .001
13 AAE	Pearson's r	0.665
	p-value	< .001

15 AAE	Pearson's r	0.648
	p-value	< .001
20 AAE	Pearson's r	0.778
	p-value	< .001
La ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general.		
19 AES	Pearson's r	0.8
	p-value	< .001
21 AES	Pearson's r	0.75
	p-value	< .001
22 AES	Pearson's r	0.876
	p-value	< .001

Tabla 2: Fiabilidad del instrumento

Dimensiones	Cronbach's α
Miedo a la evaluación negativa	0.877
Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas	0.797
Ansiedad y evitación social en general	0.691
Escala Total	0.907

2.5. Procedimientos de análisis de datos

Los instrumentos fueron calificados y las puntuaciones se trasladaron a formato digital en un archivo en Excel, posteriormente siguiendo las recomendaciones de la APA se obtuvo la fiabilidad de las puntuaciones mediante el método de consistencia interna, en seguida se obtuvo el puntaje por dimensiones y de forma general, lo que permitió categorizar a cada participante según el nivel de ansiedad social presentado. El proceso estadístico se realizó en el programa SPSS versión 22, el cual permitió obtener tablas de frecuencias en base al nivel predominante de ansiedad.

2.6. Criterios éticos

Mediante documento inscrito se solicitó permiso al director de la institución educativa, asimismo él firmó carta de aceptación (Anexo 5) posteriormente se procedió con la exposición sobre los objetivos de la investigación ante el docente y los estudiantes, del mismo modo, se garantizó la confidencialidad de los datos y se enfatizó la voluntariedad de la participación. Además, se indicó que no obtendrán ningún beneficio académico y económico. Los estudiantes firmaron el consentimiento verbal.

2.7. Criterios de Rigor científico

En la presente investigación se trabajó con los siguientes criterios:

Credibilidad o valor de la verdad: este criterio implica la valoración de las situaciones en las cuales una investigación puede ser reconocida como creíble y lo cual determinó la validez que pueden ser demostrados en los resultados del estudio realizado.

Dependencia: este criterio implica el nivel de consistencia o estabilidad de los resultados y hallazgos del estudio.

III. RESULTADOS

3.1 Resultados en Tablas y Figuras

En el presente apartado se especifican los resultados encontrados en base a los procedimientos estadísticos calculados. Se mencionan los resultados sobre la validación de la estrategia terapéutica por tres jurados con amplios conocimientos en intervención psicológica. Se hace referencia a las recomendaciones sobre la aplicación de las sesiones de la estrategia terapéutica; Además, se hace referencia a los datos cuantitativos productos de la aplicación del instrumento de ansiedad social, los cuales fueron procesados con el objetivo de identificar el nivel de ansiedad que prevalece en la muestra, y conocer si existen diferencias según sexo.

En la tabla 3, se puede observar que predomina el nivel alto de ansiedad social. Evidenciando la presencia de este trastorno en más de la mitad de estudiantes de la muestra, existiendo de este modo la urgente necesidad de intervención y aplicación de la estrategia psicoterapeuta. Además, existe un porcentaje significado de estudiantes en el nivel medio; lo cual, es un indicador importante para ejecutar acciones a nivel preventivo.

Tabla 3:

Nivel de ansiedad social

Nivel	Ansiedad Social	
	N	%
Bajo	14	27.5 %
Medio	10	19.6 %
Alto	27	52.9 %

Fuente: Elaborado por la autora

En la tabla 4, se evidencia que existen grandes diferencias entre hombres y mujeres en la manifestaron de la ansiedad social, siendo las mujeres quienes presentan una mayor puntuación; por lo cual, a modo de prioridad se debería trabajar principalmente con las mujeres a fin de disminuir la manifestaciones de ansiedad.

Tabla 4:*Diferencias según sexo respecto a la ansiedad social*

Grupo	N	Media	Student's t			Diferencia de medias	Cohen's d
			Estadístico	Df	p		
Mujer	23	37.7	3.32	47	0.002	9.31	0.951
Hombre	26	28.3					

Fuente: Elaborado por la autora

En la tabla 5, se evidencia que existen grandes diferencias respecto a las dimensiones de la ansiedad entre hombres y mujeres, siendo las mujeres quienes presentan una mayor puntuación en todas las dimensiones; principalmente en la dimensión de ansiedad y evitación social en situaciones nuevas.

Tabla 5:*Diferencias según sexo respecto a las dimensiones de ansiedad social*

Dimensiones	Grupo	Media	Student's t			Diferencia de medias	Cohen's d
			Estadístico	Df	p		
Miedo a la evaluación negativa	Mujer	12.7	2.14	47	0.038	2.7	0.612
	Hombre	10					
Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas	Mujer	17.4	3.56	47	< .001	4.55	1.02
	Hombre	12.8					
Ansiedad y evitación social en general	Mujer	7.52	2.62	47	0.012	2.06	0.75
	Hombre	5.46					

Fuente: Elaborado por la autora

En la tabla 6, se puede observar que predomina el nivel medio en la dimensión de Miedo a la evaluación negativa; seguida del nivel bajo, y finalmente el nivel alto. A pesar que predomina el nivel medio, es importante indicar que este nivel alto sigue siendo elevando (23.5%).

Tabla 6:*Miedo a la evaluación negativa*

Nivel	Miedo a la evaluación negativa	
	N	%
Bajo	19	37.3
Medio	20	39.2
Alto	12	23.5

Fuente: Elaborado por la autora

En la tabla 7, se evidencia que predomina el nivel bajo en la dimensión de Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas; seguido del nivel medio, y finalmente el nivel alto. A pesar que predomina el nivel bajo, es importante indicar que los porcentajes de los niveles medio (33.3%) y alto (31.4%) son elevados.

Tabla 7:*Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas*

Nivel	Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas	
	N	%
Bajo	18	35.3
Medio	17	33.3
Alto	16	31.4

Fuente: Elaborado por la autora

En la tabla 8, se muestra que predomina el nivel medio en la dimensión de Ansiedad y evitación social en general; seguido del nivel alto, y finalmente el nivel bajo. En esta dimensión es la más preponderante porcentualmente, pues, evidencia una tendencia media alta respectivamente.

Tabla 8:*Ansiedad y evitación social en general*

Nivel	Ansiedad y evitación social en general	
	N	%
Bajo	10	19.6
Medio	24	47.1
Alto	17	33.3

Fuente: Elaborado por la autora

En la tabla 9, se muestra los resultados de la confiabilidad, la cual fue calculada mediante el método de consistencia interna; mediante el coeficiente de Alfa, encontrando que el instrumento es confiable respecto a sus dimensiones y en la escala total.

Tabla 9:*Confiabilidad de las dimensiones y de la escala total del instrumento*

Dimensiones	Cronbach's α
Miedo a la evaluación negativa	0.877
Ansiedad y evitación social en situaciones nuevas	0.797
Ansiedad y evitación social en general	0.691
Escala Total	0.907

Fuente: Elaborado por la autora

3.2 Discusión de resultados

Los resultados evidencian que más de la mitad de los estudiantes evaluados presentan un nivel alto de ansiedad social, esto es coherente con diferentes investigaciones a nivel mundial, las cuales han demostrado que, en la ansiedad social, es un trastorno psicológico que presenta amplia prevalencia principalmente en los infantes y adolescentes. Así mismo, este trastorno es contemplado como uno de los más diagnosticado en el contexto clínico (Espinosa-Fernández, et al., 2016). Sin embargo, a pesar de la presente investigación, los estudios formales siguen siendo limitados.

En relación al sexo, se encontró diferencias, identificando que las mujeres presentan mayor ansiedad que los hombres, esto resultados son coherentes con diferentes trabajos a nivel internacional, los cuales argumentan que los trastornos de ansiedad se presentan con mayor frecuencia en el sexo femenino (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo & Piqueras,

2012). Esta situación también se muestra en los resultados de las dimensiones de la ansiedad social.

Además, los resultados son coherentes con datos estadísticos, los que sugieren que en el Perú, en adolescentes mayores de 12 años prevalece los problemas de comunicación verbal, seguida de los trastornos de ansiedad generalizada (3%) y la fobia social (2.9%) (Saavedra, 2013). Por otro lado, se conoce que existen diferencias en términos de probabilidad en la adquisición de los trastornos de ansiedad, y esta diferencia puede estar asociada a datos demográficos como el lugar de residencia, en este caso vivir en lugares rurales podría hacer probable la adquisición de dichos trastornos; por tanto, es importante estudiar la ansiedad social en Tembladera.

Así también, el trastorno de ansiedad social, cuyo inicio en la adolescencia, se asocia con un deterioro personal significativo, y pese a la disponibilidad de tratamientos efectivos, pocos adolescentes afectados reciben servicios. Una de las barreras que impide la accesibilidad a tratamiento es el tiempo y la distancia de los centros poblados alejados de la zona urbana, por cual, es evidente la necesidad de trabajar con los adolescentes de Tembladera.

Por otro lado, el aporte práctico de la presente investigación, radica en que los síntomas de ansiedad social en adolescencia constituyen un factor relevante que puede predecir el desarrollo de trastornos de ansiedad en etapas posteriores.

3.3 Aporte práctico

Introducción

El aporte práctico de la investigación radica en la propuesta de la estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes, la misma que se fundamenta en los principios básicos del aprendizaje, de forma específica en los principios del aprendizaje asociativo (condicionamiento clásico y operante).

La desensibilización sistemática es una de las primeras técnicas del tratamiento de modificación de conducta, fue desarrollada por Wolpe (1958) y se utiliza principalmente en casos de fobias y ansiedad. Como se sabe en tratamiento consiste en la extinción de la conducta de ansiedad. De esta forma específica al exponer al consultante al estímulo

generador de ansiedad se obtiene la extinción de la respuesta ansiosa. En este contexto, el aporte práctico consiste en la formulación y sistematización de la desensibilización sistemática como una estrategia psicoterapéutica para tratar la ansiedad social.

Fundamentación

La propuesta de la estrategia psicoterapéutica se sustenta en las fases de la desensibilización sistemática, las cuales son:

En la fase número 1 del proceso de desensibilización, el cual es conocido como contra condicionamiento, los psicoterapeutas permiten que los pacientes construyan una lista de 10 a 25 situaciones asociadas con los estímulos fóbicos que generan malestar, los cuales a futuro tendrán que ser ordenados de forma jerárquica desde el menos temido hasta el más temido.

En la fase número 2, los pacientes deben de lograr aprender una estrategia de relajación muscular que principalmente consiste en tensar y relajar los músculos con la finalidad de lograr una relajación completa. El proceso de relajación es una técnica que se aplica a los diferentes grupos musculares como, por ejemplo: brazos, cuello, etc., y se realiza a través de diferentes sesiones, hasta que la persona logre la relajación profunda en pocos minutos.

Durante la fase número 3, inicia la terapia propiamente dicha, donde el cliente en estado de relajación recibe indicaciones precisas con la finalidad de imaginar durante unos segundos la primera escena que implica menos ansiedad. Posteriormente la persona se relajará en un espacio de 30 segundos aproximadamente, y luego reiniciará con la imaginación de la escena temida. Esta situación se debe repetir para continuar después con la siguiente escena que causa temor, sin embargo, si los consultantes aún experimentan ansiedad deben indicarlo levantando la mano, si esto ocurre se debe volver a la escena anterior generadora de ansiedad. El cliente al lograr imaginar la última imagen de la jerarquía sin mostrar síntomas de ansiedad indicaría que se logró avanzar en el tratamiento.

A pesar de que la desensibilización sistemática se realiza con imágenes, también puede realizarse en vivo mediante la aplicación de estímulos en la vida real, los cuales se supone generan miedo. Dicha exposición generalmente se emplea cuando los clientes presentan alguna dificultad para lograr imaginar las situaciones generadoras de ansiedad.

Objetivo general

La estrategia psicoterapéutica, tiene como objetivo:

- Disminuir los síntomas asociados con la ansiedad social en adolescentes de una institución educativa.

Diagnostico

Para la ejecución del diagnóstico e implementación de la estrategia psicoterapéutica se recomienda:

- Utilizar una escala breve de aplicación grupal que permita identificar la presencia de ansiedad social (pre test).
- Seleccionar los casos que presenten niveles medios y altos de ansiedad social.
- Los casos seleccionados deben pasar por una entrevista y evaluación personal y descartar otros problemas asociados.
- Ejecutar la estrategia psicoterapéutica con los casos seleccionados.
- Las primeras sesiones de la estrategia psicoterapéutica pueden ser utilizados a modo preventivo.

Plan de Actividades

La estrategia psicoterapéutica se encuentra estructurada en siete sesiones. Sin embargo, de no lograr desensibilizar algunas escenas generadoras de ansiedad estas se pueden prologar. Es importante que las sesiones sean aplicadas por un psicólogo profesional con amplios conocimientos en desensibilización sistemática.

Sesiones	Objetivo	Metodología	Evaluación
1. Psicoeducación en la desensibilización sistemática	Lograr el aprendizaje sobre el proceso de desensibilización	Dinámica de entrada: Me presento - Se realiza un círculo y cada participante dice su nombre. - El terapeuta ubicado en el centro lanza la pelota y grita el nombre de uno de los integrantes del grupo, este integrante debe atrapar la pelota antes de caer al suelo, y este último repite lo anterior. La actividad continúa entre todos los participantes hasta que se mencionen a todos ellos.	Ficha de observación Cuestionario

		<p>Desarrollo de la temática: Desensibilización sistemática ¿qué es? Al tipo de competencia que estamos trabajando se le denomina: “Desensibilización sistemática” y consiste en ir aprendiendo a relajarnos de forma secuencial. Para posteriormente asociar la relajación con las cosas cotidianas de la vida que nos generan ansiedad.</p> <p>¿Por qué actuamos de forma ansiosa?</p> <p>El terapeuta conductual realizará la interrogante de tal forma que inicien una lluvia de opiniones. Las cuales se deben ir transcribiendo en la pizarra a partir de esto se realizarán la conceptualización de la ansiedad</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
<p>2. Entrenamiento relajación muscular progresiva</p>	<p>Identificar la secuencia de la relajación.</p> <p>Aprender forma de tensar y relajar los músculos</p>	<p>Dinámica de entrada: Me siento tranquilo y relajado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se forma un determinado círculo con los integrantes del grupo. El terapeuta indica en esta sesión realizarán diversos ejercicios para relajarse. - Se les pide a los participantes una posición que refleje enojo como apretar los dientes y los músculos del rostro, posteriormente, se le solicita que relaje todo el rostro. - Seguidamente, se otorga una bola de plastilina a los integrantes del grupo y después se le indica aplastarla tanto como puedan. - Se les solicita a los participantes relajarse y realizar una respiración profunda. - Luego se comparan quién logró aplastar la bola de plastilina. - Finalmente, los estudiantes se recuestan en una colchoneta y se relajan. <p>Desarrollo de la temática:</p> <p>Relajación muscular ¿qué es? Se le solicita las opiniones a los participantes del grupo y se empieza a construir la definición a través de sus opiniones.</p> <p>Aprendiendo a relajarnos</p>	<p>Escala de relajación</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - El terapeuta menciona: a continuación, es importante que se concentren en mi voz. - Concéntrense en su nuca y apriétenla lo más fuerte posible, luego relajen los músculos. Respiren - Enseguida concéntrense en sus ojos, apréstelos fuertemente y relajen, así se debe continuar hasta llegar a los pies. - Finalmente se les indica a los participantes que sean conscientes del estado de relajación. <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
3. Ampliación: Entrenamiento relajación muscular progresiva	- Aprender forma de tensar y relajar los músculos	<p>Dinámica de entrada: la cesta</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se forma un círculo, y el terapeuta señala a un integrante del grupo y dice naranja. - El integrante del grupo señalado, debe indicar el nombre del compañero de la mano derecha. Este apunta y dice LIMÓN tendrá que mencionar de forma rápida el nombre del compañero de la izquierda. Si dice “canasta revuelta” todos los integrantes del grupo cambian de lugar. <p>Respiración Integrativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se indica a los integrantes del grupo que cierren los ojos. - Se indica que deben respirara lentamente. - Se trabajará con los grupos musculares del cuello, hombros, etc. - Desarrollo de la temática: se continua con la técnica de Relajación Muscular Progresiva - Se continúa con la tensión y relajación. <p>- Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	Ficha de observación
4. Ampliación: Entrenamiento relajación muscular progresiva	Aprender forma de tensar y relajar los músculos	<p>Dinámica de entrada:</p> <p>Los estudiantes se colocan en círculo, uno se queda en el centro y menciona: “he traído una carta para todos los que</p>	Ficha de observación

		<p>posean...”, se dice lo que desee, zapatos, camisa, etc... Entonces todos los que posean esta prenda cambian de sitio; el que se quede sin sitio se queda en el centro y continúa.</p> <p>Desarrollo de la temática:</p> <p>Se indica a los adolescentes que se encuentren sentados en una posición cómoda, cerrar ojos, Inhalar y exhalar fuerte y lentamente.</p> <p>Se cruzan las manos y pies y se colocan las manos en el pecho al momento de inhalar levantar las manos y al exhalar bajarlas.</p> <p>Colocar manos ante las del compañero del costado y respirar cuatro veces.</p> <p>Relajación Muscular Progresiva: Se Tensarán y Relajarán los siguientes movimientos, los párpados, la nariz, boca, mejillas, labios, dientes, cuello, cabeza, barbilla, hombros, pecho, espalda, abdomen.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
5. Ampliación: Entrenamiento relajación muscular progresiva	Aprender forma de tensar y relajar los músculos	<p>Dinámica de entrada:</p> <p>Los estudiantes deben formar un círculo y el terapeuta debe explicar la dinámica. Los participantes al escuchar los tres silbatos conformarán los quipos.</p> <p>Los adolescentes formarán grupos dependiendo del número de sonidos emitidos por el silbato.</p> <p>Desarrollo de la temática:</p> <p>A continuación, se procede con la Respiración Diafragmática, para ello, los estudiantes deben recostarse en forma cómoda.</p> <p>Se inicia expulsando el aire.</p> <p>Se recomienda colocar las manos en el abdomen.</p> <p>Se inhala hasta que el estómago se hinche y se exhala hasta dejar sacar todo el aire del estómago.</p>	Ficha de observación

		<p>Relajación Muscular Progresiva:</p> <p>Se debe tensar y relajar las piernas, pie derecho, rodilla, mismos movimientos con pierna izquierda.</p> <p>Al finalizar se moverá primero brazos y piernas, después la espalda y abrir los ojos, mover la cabeza</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
6. Identificación de creencias irracionales	<p>Identificar las creencias irracionales</p> <p>Modificar las de creencias</p>	<p>Dinámica de entrada: La fiesta</p> <p>El terapeuta argumenta que va a realizar una fiesta.</p> <p>Los participantes deben decir su nombre y lo que llevarán a la fiesta.</p> <p>La idea es que los participantes deben llevar consigo algo a la fiesta, algo que comience con la primera letra de su nombre.</p> <p>Desarrollo de la temática</p> <p>Los pensamientos pueden lograr afectar nuestro estado de ánimo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tu forma de pensar puede tener un efecto sobre tu cuerpo - Tu forma de pensar puede afectar tus acciones - Tu forma de pensar puede tener un efecto sobre tu estado de ánimo <p>En las sesiones aprenderás algunas formas específicas para cambiar tu manera de pensar y tus acciones.</p> <p>¿Qué son las creencias irracionales?</p> <p>Son ideas absolutas sobre uno mismo, otras personas y el mundo.</p> <p>¿De qué forma afectan las creencias irracionales?</p> <p>Los pensamientos pueden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inmovilizarnos - Producen malestar persistente. - Producen que la realidad se perciba distorsionada 	Ficha de observación Cuestionario

		<p>Incrementando los pensamientos que producen un mejor estado de ánimo</p> <p>Los siguientes apartados serán presentados de tal manera que se genere una discusión en grupo en torno a los mismos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementa el número de pensamientos buenos, realiza una lista de estos. 2. Felicítate y refuerce sus logros mentalmente. 3. Permite relajar tu mente y tomate un tiempo para relajarte. 4. Piensa de forma positiva sobre tu futuro. <p>Disminuyendo la forma de pensar que nos hacen sentir mal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interrumpe tus pensamientos tus pensamientos cuando estos son contraproducentes. 2. Se sugiere preparar un tiempo para preocuparse, que en realidad es un tiempo para lo la habituación de la conducta. 3. Ríete u otorga sentido del humor a los problemas. 4. Considera lo peor de la situación que puede pasar, esta estrategia suele funcionar de forma efectiva. <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
7. Identificación y valoración de las escenas (estímulos) generadoras de ansiedad	<p>Identificar los estímulos provocadores de ansiedad social</p> <p>Valorar los estímulos generadores de ansiedad social</p>	<p>Dinámica de entrada: Regulación emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes se deben agrupar en parejas. • Se recomienda que las parejas se encuentren alejadas. • Se le indica que tendrán la oportunidad de compartir una experiencia donde sintieron ansiedad • Después que un estudiante compartió su experiencia con su compañero, debe de explicar su 	<p>Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad</p>

		<p>cómo se sintió, detallando sus sentimientos y su impacto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Luego se deben invertir los papeles. Posteriormente el moderador debe realizar un conjunto de preguntas que permitan explorar los pensamientos y conductas de los estudiantes, así mismo, debe invitar a la comprensión de los estados emocionales. <p>Desarrollo de la temática Se les entrega y explica a los adolescentes el registro de situaciones generadoras de ansiedad.</p> <table border="1" data-bbox="711 779 1206 1025"> <thead> <tr> <th>Fecha Hora</th> <th>Situación</th> <th>Evento</th> <th>Qué Pensó</th> <th>Qué Sentí</th> <th>Qué Hice</th> <th>Qué paso conmigo</th> <th>Qué paso a mi alrededor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>Contexto Exterocepsivo: Estaba en mi casa con mis padres almorzando. Contexto Interocepsivo: Permanecía bastante tenso</td> <td>Suena el teléfono, mi mamá contesta, se acerca a mí y me dice que me llaman para ofrecerse un trabajo nuevo.</td> <td>Me va a tocar trabajar con otras personas. Se van a burlar de mí. No voy a ser capaz. Se van a dar cuenta de mi problema con las personas.</td> <td>Sudoración, temblor, mi corazón latía muy rápido, comencé a hiperventilar.</td> <td>Le dije a mi mamá que siguiera hablando por que dijera que ya tenía trabajo cuando en realidad estaba desempleado</td> <td>Se me quitó ese malestar, disminuyo totalmente</td> <td>Mis papas me dijeron que no dijera mentiras, que debía poner la cara.</td> </tr> </tbody> </table> <p>Se le explica en base a la situación presentada la conducta de la persona y su repercusión. Se deja de tarea el registro de las situaciones generadoras de ansiedad.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	Fecha Hora	Situación	Evento	Qué Pensó	Qué Sentí	Qué Hice	Qué paso conmigo	Qué paso a mi alrededor		Contexto Exterocepsivo: Estaba en mi casa con mis padres almorzando. Contexto Interocepsivo: Permanecía bastante tenso	Suena el teléfono, mi mamá contesta, se acerca a mí y me dice que me llaman para ofrecerse un trabajo nuevo.	Me va a tocar trabajar con otras personas. Se van a burlar de mí. No voy a ser capaz. Se van a dar cuenta de mi problema con las personas.	Sudoración, temblor, mi corazón latía muy rápido, comencé a hiperventilar.	Le dije a mi mamá que siguiera hablando por que dijera que ya tenía trabajo cuando en realidad estaba desempleado	Se me quitó ese malestar, disminuyo totalmente	Mis papas me dijeron que no dijera mentiras, que debía poner la cara.	
Fecha Hora	Situación	Evento	Qué Pensó	Qué Sentí	Qué Hice	Qué paso conmigo	Qué paso a mi alrededor												
	Contexto Exterocepsivo: Estaba en mi casa con mis padres almorzando. Contexto Interocepsivo: Permanecía bastante tenso	Suena el teléfono, mi mamá contesta, se acerca a mí y me dice que me llaman para ofrecerse un trabajo nuevo.	Me va a tocar trabajar con otras personas. Se van a burlar de mí. No voy a ser capaz. Se van a dar cuenta de mi problema con las personas.	Sudoración, temblor, mi corazón latía muy rápido, comencé a hiperventilar.	Le dije a mi mamá que siguiera hablando por que dijera que ya tenía trabajo cuando en realidad estaba desempleado	Se me quitó ese malestar, disminuyo totalmente	Mis papas me dijeron que no dijera mentiras, que debía poner la cara.												
<p>8. Realización de la jerarquía de estímulos</p>	<p>Ordenar los estímulos de ansiedad social</p> <p>Asignar la valoración según la escala subjetiva de valoración de ansiedad social a cada estímulo</p>	<p>Dinámica de entrada:</p> <p>Se les indica a los estudiantes que cada uno de ellos caminará por un círculo formado por sus compañeros, y lo harán con los ojos cerrados.</p> <p>Comienza girando varias veces con los ojos cerrados, en el centro del círculo, y luego caminando en línea recta.</p> <p>El grupo es responsable de asegurarse de que la persona que camina sea apoyada, segura y cuidada.</p> <p>Siempre existe el riesgo de que alguien en el círculo se equivoque, o que las personas en el círculo no trabajen juntas de manera coherente (aunque todavía no he visto que eso suceda).</p> <p>Especialmente con los niños, siempre existe la posibilidad de que pueda</p>	<p>Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad</p>																

		<p>sucedier y tenemos que estar preparados para procesar cualquier cosa que salga mal si sucede.</p> <p>Desarrollo de la temática Una jerarquía de ansiedad es una lista en la que se presentan las situaciones o estímulos generadores de ansiedad, organizados o escalados en función de la intensidad con que producen ese efecto.</p> <p>Construir una escala o jerarquía que incluya alrededor de 10 -14 ítems o situaciones generadoras de ansiedad.</p> <p>Para crear los ítems, el procedimiento más habitual consiste en hacer una especie de tormenta de ideas en la que el paciente vaya señalando algunas situaciones o estímulos que le producen ansiedad.</p> <p>Lo habitual es detenerse a componer una imagen completa y precisa, a modo de una fotografía, sobre cada una de las situaciones.</p> <p>Cuantificar la imagen para producir ansiedad.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
9. Aplicación de la desensibilización en imaginación	<p>Entrenar a los estudiantes en imaginación.</p> <p>Iniciar con el proceso de desensibilización de todos los estímulos generadores de ansiedad.</p>	<p>Dinámica de entrada:</p> <p>El terapeuta debe indicar a los integrantes del grupo que se recuesten boca arriba con los ojos cerrados y las piernas / brazos sin cruzar a cada lado. Comience centrándose en la respiración y comience a sentirse relajado. Comience por sentir los dedos de los pies e imagine las respiraciones fluyendo hacia ellos. Después de algunas respiraciones, mueva su enfoque a otras partes del cuerpo. (Comience desde los pies y avance hasta los hombros y la cara). Una vez que se completa la exploración, tome nota de las sensaciones en su cuerpo. Cuando finalice el proceso, abra los ojos y estírese según sea necesario.</p> <p>Desarrollo de la temática</p>	<p>Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad</p>

		<p>Paso #1 – explicar en qué consiste la Desensibilización Sistemática.</p> <p>Las reacciones emocionales que usted siente son reacciones aprendidas como resultados de sus experiencias pasadas con determinadas situaciones y personas. Tales reacciones provocan sentimientos de tensión y ansiedad que son realmente inapropiadas. No obstante, estas reacciones pueden ser desaprendidas a través de una técnica denominada desensibilización sistemática que nosotros vamos a utilizar y que consta básicamente de dos partes. La primera que consiste en enseñarle a relajarse profundamente. Una vez que haya aprendido a relajarse utilizaremos el estado de relajación para contrarrestar la ansiedad y la tensión que usted siente cuando se encuentra ante las situaciones temidas. Esto lo conseguiremos haciendo que imagine una serie de escenas con sus miedos elaboradas por usted y por mí que provoquen niveles mínimos de tensión mientras se encuentre profundamente relajado. De esta forma contrarrestaremos o desensibilizaremos poco a poco sus miedos ante las situaciones de _____</p> <p>Paso #2– Seleccionar una respuesta contradictoria a la conducta ansiosa</p> <p>Realizar el estado de relajación muscular de forma progresiva de Jacobson, se sugiere utilizar la secuencia siguiente:</p> <p>Tensión- relajación de los músculos Estando cómodo, debe iniciar con la tensión y relajación grupos musculares.</p> <p>La secuencia, es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ tensión muscular, ➤ sentir la sensación de tensión muscular, ➤ sentir sensación de la relajación. <p>Durante la tensión de ciertos grupos musculares, debe mantener las otras partes del cuerpo relajado.</p> <p>Imagine como se relajan los músculos. Sienta la relajación de cabeza a pies.</p>	
--	--	---	--

		<p>A medida que la relajación llega a sus pies se siente más relajado. Respire lentamente y al botar el aire diga, “me siento relajado”. Repítalo seis veces.</p> <p>Paso #3 – Desensibilización de estímulos</p> <p>Se le pide al paciente que se tumbe en el sillón y con los ojos cerrados trate de desarrollar la relajación que ha aprendido, pidiéndoles que haga una señal de indicación (levantar el dedo índice de la mano derecha cuando se encuentra relajado). También se le instruye a realizar una señal que indique la presencia de ansiedad.</p> <p>Tras la señal de estar relajado se procede a presentar el primer ítem de la jerarquía, si se presenta ansiedad se le indica inmediatamente que deje de pensar en el ítem y vuelva a concentrarse en la relajación.</p> <p>Si no señala ansiedad se le mantiene imaginando el ítem durante unos 20 segundos. Finalizado este tiempo se le indica a que vuelva a concentrarse en la relajación profunda durante 50 segundos o más.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p> <p>Nota: se recomienda replicar la presente sesión las veces necesarias para lograr desensibilizar los estímulos fóbicos.</p>	
<p>10. Aplicación de la desensibilización en vivo</p>	<p>Asignar según la escala subjetiva de valoración de ansiedad social a cada estímulo</p> <p>Exposición gradual a los estímulos</p>	<p>Dinámica de entrada</p> <p>Realizaremos una imagen que represente lo mejor de cada estudiante.</p> <p>Ahora, elaboraremos una cartulina con nuestra imagen. La idea es anotar una frase positiva sobre nosotros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Me encanta mi... - Me gusta... - Estoy dispuesto a ... - Mis... - Me agrada que ... <p>Finalmente, cada alumno verbalizará el resultado de la actividad comentando lo que ha aprendido y reflexionando sobre el concepto de sí mismo.</p> <p>Desarrollo de la temática</p>	<p>Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad</p>

		<p>Se debe continuar con la desensibilización, pero en esta oportunidad los estudiantes deben practicar la relajación progresiva y posteriormente tienen que salir a realizar una pequeña presentación personal sobre las sesiones realizadas.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	
11. Ampliación de la desensibilización en vivo	Exposición en vivo a situaciones sociales	<p>Dinámica de entrada:</p> <p>La técnica de respiración cuatro siete y ocho Coloque la punta de la lengua en el paladar (detrás de los dientes frontales). Inhale contando hasta cuatro por la nariz. Aguante la respiración contando hasta siete. Libere el aliento con un sonido ferroso contando hasta 8. Sin una pausa, repita los pasos uno y cuatro por otras tres o cuatro veces. Luego, reanude la respiración normal. Desarrollo de la temática</p> <p>Se debe continuar con la desensibilización, pero en esta oportunidad los estudiantes deben practicar la relajación progresiva y posteriormente tienen que salir a realizar una pequeña descripción sobre las actividades que realizaron durante la semana.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos...</p>	Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad
12. Ampliación de la desensibilización en vivo	Continuación de la Exposición en vivo a situaciones sociales	<p>Dinámica de entrada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Siéntate cómodamente. - Tome una respiración larga y profunda y exhale lentamente. - Cierra los párpados. - Tome 10 respiraciones naturales y haga una cuenta regresiva con cada exhalación a partir de las 10. - A medida que continúe respirando cómodamente, observe cualquier tensión. Imagina esas tensiones derriéndose. - Cuando su cuenta regresiva llegue a uno, abra los ojos. - Desarrollo de la temática <p>Se debe continuar con la desensibilización, pero en esta oportunidad los estudiantes deben</p>	Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad

		<p>practicar la relajación progresiva y posteriormente tienen que salir a realizar una pequeña presentación o dramatización sobre un personaje de alguna película o caricatura.</p> <p>Retroalimentación: Hoy aprendimos</p>	
13. Finalización de la estrategia psicoterapéutica	Cierre de las sesiones de la propuesta psicoterapéutica.	<p>Cierre del programa</p> <p>Se evalúa mediante el instrumento de ansiedad social.</p> <p>Se solicita la participación de cada estudiante, con la finalidad que narre su experiencia en las sesiones.</p> <p>Se entrega un diploma de reconocimiento por su participación en las sesiones.</p> <p>Finalmente, el orientador se despide y agradece la participación de los estudiantes.</p>	Instrumento de ansiedad social

Evaluación

- Realizar el post test y determinar la efectividad de la estrategia.
- Realizar el seguimiento de los casos tratados.

3.3.1 Validación y ejemplificación del aporte práctico

La validación de la estrategia psicoterapéutica se realizó mediante el criterio de expertos, para lo cual se contactó con tres psicólogos clínicos con amplia experiencia en intervención psicológica. Finalmente, los jurados evaluaron los indicadores de pertinencia, coherencia, congruencia, suficiencia, objetividad, consistencia, organización, claridad, formato, estructura; concluyendo que la propuesta es pertinente y guarda coherencia entre los teóricos y prácticos que la sustentan; en base a ello otorgan una calificación de buena a cada uno de los indicadores contemplados en el formato de validación de la propuesta (anexo 4).

Tabla 10:*Resumen de validez de la estrategia.*

Indicadores	Jueces		
	juez 1	juez 2	juez 3
Pertinencia	3	3	3
Coherencia	3	3	3
Congruencia	3	3	3
Suficiencia	3	3	3
Objetividad	3	3	3
Consistencia	3	3	3
Organización	3	3	3
Claridad	3	3	3
Formato	3	3	3
Estructura	3	3	3
Coefficiente de Validez	1	1	1
Resultado	Validez muy buena	Validez muy buena	Validez muy buena
Promedio	1		

Fuente: Elaborado por la autora

IV. CONCLUSIONES

El análisis epistemológicamente el proceso de desensibilización y su dinámica permitió sistematizar las teorías más actuales y de los contextos más avanzados sobre la utilización de métodos y alternativas viables.

La caracterización de las tendencias históricas de la desensibilización sistemática para el sustento de la estrategia psicoterapéutica permitió abordar los orígenes de la utilización de dicha metodología, para ser utilizadas en el tratamiento de la ansiedad social.

Al caracterizar el estado actual de la ansiedad social en los adolescentes, encontrando que prevalece un nivel alto de ansiedad social, esto es un indicador que demanda la pronta intervención que permitió elaborar un conjunto de etapas para la estrategia psicoterapéutica basada en la Desensibilización sistemática con el fin que los procesos de capacitación y la especificación del tratamiento, puedan entregar los mejores resultados que contribuyeran a elevar la calidad de vida integral en los adolescentes y sus familias.

Dicha estrategia fue validada por criterios de especialistas los cuales abordaron una serie de valoraciones favorecedores sobre los criterios utilizados en la medición.

V. RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización un tamizaje sobre fobia social en todo el nivel secundario de la institución educativa.

Se recomienda adaptar la estrategia para ser utilizada a nivel preventivo.

Es importante aplicar la estrategia psicoterapeuta y probar sus efectos.

Se sugiere realizar acciones para fortalecer las habilidades sociales de los estudiantes mediante programas de intervención estructurados.

VI. REFERENCIAS

- Arango, L. J. C., Romero, G. I., & Hewitt, R. N. (2018). Trastornos psicológicos y neuropsicológicos en la infancia y la adolescencia. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=5635090&query=ansiedad%2Ben%2Badolescentes>
- Beck, A. T., & Clark, D.A. (2013). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Desclé de Brouwer.
- Caballo, V. E., & Salazar, I. C. (2018). La autoestima y su relación con la ansiedad social y las habilidades sociales. *Psicología Conductual*, 26(1), 23-53. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/2023384990?accountid=39560>
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iurrtia, M. J., Arias, B., & Guillén, J. L. (2010). Relaciones entre ansiedad social y rasgos, estilos y trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, 18(2), 259-276. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/927581164?accountid=39560>
- David, A. C., & Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad : Ciencia y práctica. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=3205645&query=estrategias%2Bpsicologicas%2Bpara%2Bla%2Bansiedad>
- Delgado, B., Aparisi, D., García-Fernández, J.,M., Sanmartín, R., & Inglés, C.,J. (2017). Relación entre ansiedad social y aptitudes intelectuales en estudiantes españoles de educación secundaria obligatoria. *Psicología Conductual*, 25(3), 503-516. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1975569585?accountid=39560>
- Delgado, B., Inglés, C., García-Fernández, J.M. (2013) La ansiedad social y el autoconcepto en la adolescencia. *Revista de Psicodidáctica*. 2013, 18(1): 179-194. doi:10.1387/RevPsicodidact.6411
- Elloch, A. (2003). Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 79-80. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1114082325?accountid=39560>
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J., García-López, L. (2016). Avances en el campo de estudio del trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(2), 99-104.
- Flores, M. (2016). Es esto timidez o ansiedad social. *Daily Herald*; Arlington Heights, Ill. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1768567401?accountid=39560>
- Gallagher, M., Prinstein, M. J., Simon, V., & Spirito, A. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: Examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 871-883.
- Gans, S. (2019). Social Anxiety Disorder in Children. Recuperado de <https://www.verywellmind.com/social-anxiety-disorder-in-children-3024430>
- García, A. I. A. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53-60.

- Giannini, M., y Loscalzo, Y. (2016). Ansiedad social y adolescencia: sesgo de interpretación en una muestra italiana. *Revista escandinava de psicología*, 57 (1), 65–72. doi: 10.1111 / sjop.12263
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24(1), 29-49. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1784859107?accountid=39560>
- Haller, SPW, Raeder, SM, Scerif, G., Cohen Kadosh, K. y Lau, JYF (2016). Medición de las interpretaciones y atribuciones en línea de situaciones sociales: vínculos con la ansiedad social de los adolescentes. *Revista de terapia conductual y psiquiatría experimental*, 50, 250–256. doi: 10.1016 / j.jbtep.2015.09.009
- Hamilton, J. L., Potter, C. M., Olino, T. M., Abramson, L. Y., Heimberg, R. G., & Alloy, L. B. (2016). The Temporal Sequence of Social Anxiety and Depressive Symptoms Following Interpersonal Stressors During Adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 44(3), 495–509. doi:10.1007/s10802-015-0049-0
- Heeren, A., Mogoșe, C., Philippot, P., y McNally, RJ (2015). Modificación del sesgo de atención para la ansiedad social: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revisión de la psicología clínica*, 40, 76-90. doi: 10.1016 / j.cpr.2015.06.001
- Ifeanyi, I., Nwokolo, C., y Anyamene, A. (2015). Efectos de la técnica de desensibilización sistemática en la prueba de ansiedad en estudiantes de secundaria. *Revista Internacional de Humanidades Ciencias Sociales y de la Educación (IJHSSE)* , 2 (2), 167-178. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.685.9899&rep=rep1&type=pdf>
- Knappe, S., Sasagawa, S., y Creswell, C. (2015). Epidemiología del desarrollo de la ansiedad social y la fobia social en adolescentes. *Ansiedad social y fobia en los adolescentes*, 39–70. doi: 10.1007 / 978-3-319-16703-9_3
- La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent Peer Relations, Friendships, and Romantic Relationships: Do They Predict Social Anxiety and Depression? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 49–61. doi:10.1207/s15374424jccp3401_5
- La Greca, A. M., & Ranta, K. (2015). Developmental transitions in adolescence and their implications for social anxiety. In *Social Anxiety and Phobia in Adolescents*, 95-117. Recuperado de https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-16703-9_5#citeas
- La Greca, A. M., Ehrenreich-May, J., Mufson, L., & Chan, S. (2016). Preventing adolescent social anxiety and depression and reducing peer victimization: Intervention development and open trial. In *Child & youth care forum* 45, (6), 905-926. doi:10.1007/s10566-016-9363-0
- Mak, H. W., Fosco, G. M., & Feinberg, M. E. (2017). The Role of Family for Youth Friendships: Examining a Social Anxiety Mechanism. *Journal of youth and adolescence*, 47(2), 306–320. doi:10.1007/s10964-017-0738-9
- McLaughlin, KA, y King, K. (2014). Trayectorias evolutivas de la ansiedad y la depresión en la adolescencia temprana. *Diario de la psicología infantil anormal*, 43 (2), 311–323. doi: 10.1007 / s10802-014-9898-1

- Mehtalia, K., & Vankar, G. K. (2004). Social anxiety in adolescents. *Indian journal of psychiatry*, 46(3), 221–227.
- Miers, A. C., Blöte, A. W., de Rooij, M., Bokhorst, C. L., & Westenberg, P. M. (2012). Trajectories of social anxiety during adolescence and relations with cognition, social competence, and temperament. *Journal of abnormal child psychology*, 41(1), 97–110. doi:10.1007/s10802-012-9651-6
- National institute of mental Health (2016). Social Anxiety Disorder: More Than Just. Recuperado de Shyness <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/social-anxiety-disorder-more-than-just-shyness/index.shtml>
- Neacsu, V., Sfeatcu, I. R., Maru, N., & Dumitrache, M. A. (2014). Relaxation and systematic desensitization in reducing dental anxiety. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 127, 474-478. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814023842>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J. P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115–120. doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.005
- Ryan, J. L., & Warner, C. M. (2012). Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 21(1), 105–ix. doi:10.1016/j.chc.2011.08.011
- Saavedra, J. (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao- Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*. 29(1), 28. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Schlatter, N. J. (2003). La ansiedad: Un enemigo sin rostro. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibsipansp/reader.action?docID=3205363&query=estrategias%2Bpsicologicas%2Bpara%2Bla%2Bansiedad>
- Scott, H (2018) Guidance for parents of teenagers: does your shy teen have social anxiety disorder?, Recuperado de: <https://nationalsocialanxietycenter.com/2018/06/18/guidance-parents-teenagers-shy-teen-social-anxiety-disorder/>
- Shirin-Hasan, MD (2018). Teens Health. Recuperado de <https://kidshealth.org/en/teens/social-phobia.html>
- Siegel, R. S., & Dickstein, D. P. (2011). Anxiety in adolescents: Update on its diagnosis and treatment for primary care providers. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 3, 1–16. doi:10.2147/AHMT.S7597
- Siegel, RS, La Greca A.M. y Harrison H.M. (2009) Peer victimization and social anxiety in adolescents: prospective and reciprocal relationships. *J Youth Adolesc*38:1096–1109
- Silver, G., Shapiro, T., & Milrod, B. (2013). Treatment of anxiety in children and adolescents: using child and adolescent anxiety psychodynamic psychotherapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 22(1), 83-96. doi: 10.1016/j.chc.2012.08.005

- Spence, SH, y Rapee, RM (2016). La etiología del trastorno de ansiedad social: un modelo basado en la evidencia. *Investigación y terapia del comportamiento*, 86, 50–67. doi: 10.1016 / j.brat.2016.06.007
- Teen Mental Health (2015) Trastorno de ansiedad social (SAD). Recuperado de <http://teenmentalhealth.org/learn/mental-disorders/social-anxiety-disorder/>
- Thomas, S. A., Weeks, J. W., Dougherty, L. R., Lipton, M. F., Daruwala, S. E., Kline, K., & De Los Reyes, A. (2015). Allelic Variation of Risk for Anxiety Symptoms Moderates the Relation Between Adolescent Safety Behaviors and Social Anxiety Symptoms. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 37(4), 597–610. doi:10.1007/s10862-015-9488-8
- Triscari, M. T., Faraci, P., Catalisano, D., D'Angelo, V., & Urso, V. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral therapy integrated with systematic desensitization, cognitive behavioral therapy combined with eye movement desensitization and reprocessing therapy, and cognitive behavioral therapy combined with virtual reality exposure therapy methods in the treatment of flight anxiety: a randomized trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 2591. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605250/>
- Vallejo-Slocker, I., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre La Desensibilización Sistemática. Una Técnica Superada O Renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2), 157–168. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Van Zalk, N., & Tillfors, M. (2017). Co-rumination buffers the link between social anxiety and depressive symptoms in early adolescence. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11, 41. doi:10.1186/s13034-017-0179-y
- Van Zalk, N., & Van Zalk, M. (2018). Longitudinal Links Between Adolescent Social Anxiety and Depressive Symptoms: Testing the Mediational Effects of Cybervictimization. *Child psychiatry and human development*, 50(2), 186–197. doi:10.1007/s10578-018-0829-1
- Van Zalk, N., Tillfors, M., & Trost, K. (2018). Mothers' and Fathers' Worry and Over-Control: One Step Closer to Understanding Early Adolescent Social Anxiety. *Child Psychiatry & Human Development*. doi:10.1007/s10578-018-0807-7
- Waite, P., & Creswell, C. (2015). Observar las interacciones entre los niños y adolescentes y sus padres: los efectos del trastorno de ansiedad y la edad. *Diario de la psicología infantil anormal*, 43 (6), 1079-1091. doi: 10.1007 / s10802-015-0005-z
- Wilkins, W. (1971). Desensibilización: factores sociales y cognitivos subyacentes a la efectividad del procedimiento de Wolpe. *Boletín psicológico*, 76 (5), 311-317.
- Wong, Q., & Rapee RM (2015) La psicopatología del desarrollo de la ansiedad social y la fobia en los adolescentes. En: Ranta K., La Greca A., Garcia-Lopez LJ., Marttunen M. (eds) *Ansiedad social y fobia en adolescentes*. Springer, Cham

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	PROBLEMA	POSIBLES CAUSAS	OBJETO ESTUDIO	OBJETIVOS	CAMPO DE ACCIÓN	TÍTULO DE LA INV.	HIPÓTESIS	VARIABLES	TÉCNICAS O MÉTODOS.	INSTRUMENTOS
<p>-Pocos amigos íntimos</p> <p>-Dificultad para entablar relaciones sociales favorables</p> <p>-Pocas expectativas frente al futuro</p> <p>-Interpretaciones negativas de sí mismos</p> <p>-Torpeza al hablar,</p> <p>-Mirada ansiosa</p> <p>-Miedo hablar delante de los demás</p> <p>-Incomodidad cuando sienten que son observados</p> <p>-Dificultad para mantener y entablar una conversación</p> <p>-Temor para participar en eventos sociales</p> <p>-Maltrato por parte de sus compañeros</p> <p>-Pobre expresión de afecto por parte de los padres</p> <p>-Búsqueda de aprobación por sus pares</p> <p>-Dificultar para expresar sentimientos y emociones.</p>	<p>Insuficiencias en el proceso de sensibilización sistemática que limitan el tratamiento de la ansiedad social.</p>	<p>-Limitaciones prácticas en el proceso de desensibilización sistemática para interpretar evaluaciones negativas hacia su persona.</p> <p>- Deficiente orientación didáctica metodológica en el desarrollo del proceso de desensibilización sistemática para la participación en actividades sociales.</p> <p>- Insuficiente capacitación de los docentes en el desarrollo del proceso de desensibilización sistemática para disminuir la ansiedad social.</p>	<p>Proceso de desensibilización sistemática</p>	<p>GENERAL Elaborar una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa</p> <p>ESPECÍFICOS: 1.-Fundamentar epistemológica del proceso de desensibilización sistemática y su dinámica. 2.-Determinación de los antecedentes del proceso de desensibilización sistemática y su dinámica. 3.-Diagnosticar el estado actual de ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa. 4. Elaboración de las etapas y las sesiones de una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa para ello se tomó en la Psicoeducación en la desensibilización sistemática, el entrenamiento relajación muscular progresiva, la identificación de creencias irracionales, además de la identificación y valoración de las escenas (estímulos) generadoras de ansiedad, así como también la realización de la jerarquía de estímulos, la aplicación de la desensibilización en imaginación y la aplicación de la desensibilización en vivo. 5.- Validar la propuesta de desensibilización sistemática a partir de criterios de especialistas.</p>	<p>Dinámica del proceso de desensibilización sistemática</p>	<p>Estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática para tratar la ansiedad social en adolescentes de una Institución Educativa.</p>	<p>Si se elabora una estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática entonces se contribuirá a tratar la ansiedad social en estudiantes de una Institución Educativa</p>	<p>INDEPENDIENTE: Estrategia psicoterapéutica basada en la desensibilización sistemática</p> <p>DEPENDIENTE: Ansiedad social</p>	<p>Evaluación</p> <p>Observación</p>	<p>Escala de Ansiedad Social para Adolescentes</p>

Anexo 2: Instrumento

LO QUE PIENSO Y SIENTO

(SAS-A)

Nombre:

Fecha:

Edad:

Sexo:

Grado:

Escuela:

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

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

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

Por ejemplo: Me gusta correr 1 2 3 4 5

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

1.	Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás.	1	2	3	4	5
2.	Me gusta hacer cosas con mis compañeros.	1	2	3	4	5
3.	Me preocupa ser evaluado/a por los demás.	1	2	3	4	5
4.	Me da vergüenza estar rodeado/a de personas que no conozco.	1	2	3	4	5
5.	Solo hablo con personas que conozco bien.	1	2	3	4	5
6.	Creo que mis compañeros/as hablan de mí a mis espaldas.	1	2	3	4	5
7.	Me gusta leer.	1	2	3	4	5
8.	Me preocupa lo que los demás piensen de mí.	1	2	3	4	5
9.	Pienso que lo que voy a hacer no gustará a los demás.	1	2	3	4	5
10.	Me pone nervioso/a hablar con gente de mi edad que no conozco bien	1	2	3	4	5
11.	Me gustan los deportes.	1	2	3	4	5
12.	Me preocupa lo que los demás digan de mí.	1	2	3	4	5
13.	Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas	1	2	3	4	5
14.	Me preocupa no gustar a los demás	1	2	3	4	5
15.	Me quedo callado/a cuando estoy con/en un grupo de personas	1	2	3	4	5
16.	Me gusta hacer cosas solo/a	1	2	3	4	5
17.	Pienso que los demás se burlan de mi	1	2	3	4	5
18.	Me preocupa que mi opinión no guste a los demás cuando debatimos	1	2	3	4	5
19.	Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo por si me dicen	1	2	3	4	5
20.	Me pongo nervioso cuando estoy con otras personas	1	2	3	4	5
21.	Siento vergüenza incluso cuando estoy con gente que conozco bien	1	2	3	4	5
22.	Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo	1	2	3	4	5

Ficha técnica del instrumento

Nombre del instrumento: Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A).

Autor de la versión española: Olivares (2005).

Año de publicación: la versión en español se publicó en el 2005.

Adaptación peruana: la adaptación en Perú fue realizada por Zabaleta en el 2018.

Tiempo de aplicación: 15 minutos aproximadamente.

Dirigido a: estudiantes a partir de los 11 años.

Significación: permite evaluar tres dimensiones de la ansiedad social.

Calificación: la se realiza de forma directa sumando los ítems por dimensión.

Descripción: La escala está compuesta por 22 ítems, agrupados en tres dimensiones (miedo a la evaluación negativa, ansiedad y evitación social ante extraños, situaciones sociales nuevas, ansiedad y evitación social ante situaciones sociales en general). Ésta compuesta por una escala de respuestas de cinco puntos, desde 1: nunca hasta 5: siempre. La calificación se realiza de forma directa sumando todos los ítems.

Anexo 4: Formatos de validez de la propuesta

**FICHA DE VALIDACIÓN
APORTE DEL AUTOR**

I. INFORMACION GENERAL

1.1. Nombres y apellidos del validador: Paula Elena Delgado Vega
 1.2. DNI: 43661974
 1.3. Cargo e institución donde labora: Docente Universitario - USS
 1.4. Nombre del aporte evaluado: Estrategia de fisioterapia - Anestesia
 1.5. Autor del aporte: Nancyssa Sopea Rodríguez González

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Cráterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTEO TOTAL				30	30
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)				C	B
				A	Total


Coeficiente de validez : $\frac{A+B+C}{30} = \frac{1}{1}$

Intervalos	Resultados
0.00 - 0.49	Validez nula
0.50 - 0.59	Validez muy baja
0.60 - 0.69	Validez baja
0.70 - 0.79	Validez aceptable
0.80 - 0.89	Validez buena
0.90 - 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez Muy Buena


 Delgado Vega Paula Elena
 DNI: 43661974
 CPs: 20427

**FICHA DE VALIDACIÓN
APORTE DEL AUTOR**

I. INFORMACION GENERAL

1.1. Nombres y apellidos del validador: Rony Prada Chapoza
 1.2. DNI: 44363787
 1.3. Cargo e institución donde labora: Docente tiempo completo - OSAT
 1.4. Nombre del aporte evaluado: Estrategia psicoterapéutica - Ansiedad
 1.5. Autor del aporte: NANSA SARA RODRIGUEZ GONZALEZ

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

1. **Deficiente** (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
 2. **Regular** (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
 3. **Buena** (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTEO TOTAL				30	
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total


Coefficiente de validez : $\frac{A+B+C}{30} = 1$

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

muy buena.


 Mg. Rony Prada Chapoza.
 DNI: 44363787

**FICHA DE VALIDACIÓN
APORTE DEL AUTOR**

I. INFORMACION GENERAL

1.1. Nombres y apellidos del validador: Efrén Gabriel Castillo Hidalgo
 1.2. DNI: 00328631
 1.3. Cargo e institución donde labora: U.S.S. U.M.I.II. Lombayague
 1.4. Nombre del aporte evaluado: Estrategia - Psicoterapia de Ansiedad
 1.5. Autor del aporte: Nancy Sofia Padilla Borzoi

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y marcar con un aspa dentro del recuadro (X), según la calificación que asigne a cada uno de los indicadores.

- 1. Deficiente (si menos del 30% de los ítems cumplen con el indicador)
- 2. Regular (si entre el 31% y 70% de los ítems cumplen con el indicador)
- 3. Buena (si más del 70% de los ítems cumplen con el indicador)

Aspectos de validación del instrumento		1	2	3	Observaciones Sugerencias
Criterios	Indicadores	D	R	B	
• PERTINENCIA	La estrategia posibilita transformar lo previsto en los objetivos de investigación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• COHERENCIA	Las acciones planificadas y los indicadores de evaluación responden a lo que se debe medir en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONGRUENCIA	Cada parte de la estrategia es congruentes entre sí y con los conceptos que se miden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• SUFICIENCIA	Las etapas de la estrategia son suficientes en cantidad para transformar la práctica expresada en la variable, sus dimensiones e indicadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• OBJETIVIDAD	Cada una de las etapas posibilita contrastar los comportamientos y acciones observables, que serán modificadas según el diagnóstico fáctico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CONSISTENCIA	Las partes de la estrategia se han formulado en concordancia a los fundamentos epistemológicos (teóricos y metodológicos) de la variable a modificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• ORGANIZACIÓN	Las etapas y sesiones de la estrategia han sido elaboradas secuencialmente y distribuidas de acuerdo a dimensiones e indicadores de cada variable, de forma lógica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• CLARIDAD	Las etapas o sesiones de la estrategia están redactados en un lenguaje científicamente asequible para los sujetos a evaluar. (metodologías aplicadas, lenguaje claro y preciso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
• FORMATO	Cada una de las partes o sesiones de la estrategia que se evalúa están escritos respetando aspectos técnicos exigidos para su mejor comprensión (tamaño de letra, espaciado, interlineado, nitidez, coherencia).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• ESTRUCTURA	La estrategia gerencial cuenta con los fundamentos, diagnóstico, objetivos, planeación estratégica y evaluación de los indicadores de desarrollo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
CONTEO TOTAL					
(Realizar el conteo de acuerdo a puntuaciones asignadas a cada indicador)		C	B	A	Total
			27	27	29

Coeficiente de validez : $\frac{A+B+C}{30} = \frac{29}{30}$

Intervalos	Resultados
0.00 – 0.49	Validez nula
0.50 – 0.59	Validez muy baja
0.60 – 0.69	Validez baja
0.70 – 0.79	Validez aceptable
0.80 – 0.89	Validez buena
0.90 – 1.00	Validez muy buena

III. CALIFICACIÓN GLOBAL

Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado.

Validez muy buena


 Mg. Efrén Gabriel Castillo Hidalgo
 PSICÓLOGO
 C P s P 9264

Anexo 5: Otros



Solicitud de permiso



Av. Miraflores	TEMLADERA
TRAMITE DOCUMENTARIO	
EXPDT. N°	151
FECHA:	24-09-2019
FOLIO:	02
HORA:	

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

PROF. CARLOS ENRIQUE LEIVA CACERES

DIRECTOR DE INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°82566 TEMBLADERA.

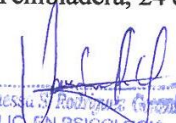

PRESENTE:

Yo Vanessa Sofía Rodríguez Gonzales, licenciada en Psicología, con CPP N° 19266, identificada con DNI N° 42790759, ante Usted. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que estando cursando la Maestría en Psicología Clínica, en la Universidad Señor de Sipán y siendo requisito elaborar una tesis de Investigación para obtener el Título. Solicito a Ud. me autorice el permiso respectivo para poder desarrollar la Tesis Titulada "Estrategia Psicoterapéutica basada en la Desensibilización Sistemática para tratar la Ansiedad Social en adolescentes de una Institución Educativa", con el objetivo de proponer dicha Estrategia a la Institución.

Por lo expuesto, ruego a Ud. acceder a mi solicitud.

Tembladera, 24 de Setiembre del 2019

VANESSA SOFIA RODRIGUEZ GONZALES

CPP N° 19266

DNI N°42790759

Carta de aceptación



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL CONTUMAZÁ
I.E. N° 82566 "CENTENARIA 109" – TEMBLADERA



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Tembladera, 3 de Octubre del 2019

CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE
INVESTIGACION EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°82566
TEMBLADERA.

Lic. Vanessa Sofía Rodríguez Gonzales.

Estudiante de Maestría en Psicología Clínica

Presente.-

Por medio de la presente se le hace de su conocimiento que. Al recepcionar el Expediente N° 151-2019 presentado por Lic. Vanessa Sofía Rodríguez Gonzales. En el que solicita autorización para poder ejecutar su investigación con estudiantes de nuestra Institución Educativa, se **Autoriza** y se da el visto bueno para que proceda con la ejecución de la tesis, **"Estrategia Psicoterapéutica basada en la Desensibilización Sistemática para tratar la Ansiedad Social en Adolescentes de una Institución Educativa"**, en nuestra Institución Educativa N° 82566- Tembladera. Deseándole el mejor de los éxitos y felicitación desde mi despacho por su desarrollo personal.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente


MINISTERIO DE EDUCACIÓN
GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
Carlos E. Leiva
Prof. Carlos E. Leiva Cáceres
DIRECTOR I.E. N° 82566