



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS CON INHABILIDAD SOCIAL

Línea de investigación:

Salud Mental

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

Autora

Conde Cedillo, Carmen Mariella

Asesor

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado

Díaz Hamada, Luis Alberto

Carlos Ventura, David Dionisio

Cuya Barzola, César Enrique

Lima - Perú

2024



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**OFICINA DE GRADOS Y GESTION
DEL EGRESADO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Lima 12 octubre del 2023

OFICIO N° 027-2023- OGGE -AS-FAPS-UNFV

Magister

Vilma Zegarra Martínez

Jefa de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado

Facultad de Psicología

Presente. -

ASUNTO: 1A- CONDE CEDILLO CARMEN MARIELLA 20 %

REFERENCIA: OF. 011-2023-OGGE-FAPS-SEG.ESPEC.

NT :

*Cordialmente le expreso mi afectuoso saludo y en atención al documento de la referencia, se remite a su despacho el resultado del **primer análisis de Similitud TURNITIN**, correspondiente al trabajo presentado por el(a) autor(a), CONDE CEDILLO CARMEN MARIELLA , **titulado: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS CON INHABILIDAD SOCIAL***

*Manifiesto a usted que el trabajo antes mencionado cumple con el porcentaje de similitud permitido, 20 %, por lo que el **graduado puede continuar con el trámite correspondiente .***

Vº Bº

DR. EDMUNDO HERVIAS GUERRA

Responsable de Gestión del Egresado

FAPS

BACH. SOFIA TERESA SALAZAR CHAMBA

Responsable de Sistema de Similitud de

OGGE-FAPS

EHG/ SSCH



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN
ADOLESCENTE DE 14 AÑOS CON INHABILIDAD
SOCIAL**

Línea de investigación: Salud Mental

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

Autora:

Conde Cedillo, Carmen Mariella

Asesor:

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
ORCID: 0000-0003-1946-6831

Jurado:

Díaz Hamada, Luis Alberto
Carlos Ventura, David Dionisio
Cuya Barzola, César Enrique

Lima- Perú

2024

Pensamientos

“El aprendizaje es bidireccional:
nosotros aprendemos del entorno, y el
entorno aprende y se modifica gracias a
nuestras acciones.”

Albert Bandura

“Un fracaso no es siempre un error, puede
ser simplemente lo mejor que se puede
hacer en esas circunstancias. El verdadero
error es dejar de intentarlo.”

B. F. Skinner

Dedicatoria

A mis padres. Mi padre me inculcó el amor por el estudio y el trabajo como pilares para el servicio social. Mi madre me inculcó la fe y la perseverancia, como valores para conseguir mis metas.

A mi esposo y a mis hijos, por su apoyo incondicional, su presencia es invaluable para mi crecimiento personal.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional “Federico Villarreal”, por su contribución en la formación especializada del psicólogo peruano, por ello, mi reconocimiento y gratitud, por preocuparse de la constante preparación de los profesionales que aspiramos a brindar un mejor servicio en nuestra sociedad.

A mi asesor y a mis profesores, por ser mi ejemplo de superación y una fuente de conocimientos y experiencias enriquecedoras, a través de ellos he entendido lo que quiero lograr en mi desempeño profesional.

Nunca olvidaré las lindas experiencias que pasé con mis compañeros de promoción, siempre fueron un estímulo para cumplir nuestras metas.

ÍNDICE

Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Antecedentes.....	6
1.2.1 <i>Antecedentes Nacionales</i>	6
1.2.2 <i>Antecedentes Internacionales</i>	8
1.2.3 <i>Fundamentación teórica</i>	10
1.3 Objetivos.....	33
1.3.1 <i>Objetivo general</i>	33
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i>	33
1.4 Justificación.....	34
1.5 Impactos esperados del trabajo académico.....	34
II. METODOLOGÍA.....	36
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	36
2.2 Ámbito temporal y espacial.....	37
2.3 Variables de la investigación.....	37
2.4 Participante.....	38
2.5 Técnicas e instrumentos.....	38
2.5.1 <i>Técnicas</i>	39
2.5.2 <i>Instrumentos</i>	47
2.5.3 <i>Evaluación psicológica</i>	57
2.5.4 <i>Evaluación psicométrica</i>	63

2.5.5 Informe psicológico integrador.....	69
2.6 Intervención.....	80
2.6.1 Plan de intervención y calendarización.....	80
2.6.2 Programa de intervención.....	81
2.7 Procedimiento.....	84
2.8 Consideraciones éticas.....	87
III. RESULTADOS.....	88
3.1 Análisis de los resultados.....	88
3.2 Discusión de resultados.....	97
3.2 Seguimiento.....	100
IV. CONCLUSIONES.....	101
V. RECOMENDACIONES.....	102
VI. REFERENCIAS.....	103
VII. ANEXOS.....	114

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Dimensiones de la Escala de Habilidades de Goldstein.....	48
Tabla 2 Dimensiones del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA).....	50
Tabla 3 Dimensiones del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAIC)	52
Tabla 4 Dimensiones del Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar..	54
Tabla 5 Registro de Conductas Problema: frecuencia.....	71
Tabla 6 Registro de Pensamientos Distorsionados: frecuencia.....	72
Tabla 7 Registro de conducta: intensidad.....	73
Tabla 8 Registro de conducta: duración.....	74
Tabla 9 Diagnóstico Funcional.....	74
Tabla 10 Análisis Funcional.....	76
Tabla 11 Análisis Cognitivo.....	79
Tabla 12 Programa de intervención.....	81
Tabla 13 Resultados comparativos de la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein...	88
Tabla 14 Resultados en porcentajes según promedio ponderado de la Escala de HHSS..	89
Tabla 15 Resultados comparativos del Inventario de Autoestima de Coopersmith	90
Tabla 16 Resultados comparativos del Inventario de Pensamientos Automáticos.....	91
Tabla 17 Resultados comparativos del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	92
Tabla 18 Resultados Pre y Post de los pensamientos distorsionados.....	93
Tabla 19 Resultados Pre Test y Post Test de las conductas problema.....	94
Tabla 20 Resultados Pre Test y Post Test de la intensidad de las emociones.....	95
Tabla 21 Resultados Pre Test y Post Test de la duración del contacto visual.....	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Estructura Familiar.....	62
Figura 2	Perfil de Habilidades Sociales.....	64
Figura 3	Perfil de Distorsiones Cognitivas.....	65
Figura 4	Perfil de niveles de ansiedad estado-rasgo.....	67
Figura 5	Perfil de niveles de autoestima.....	68
Figura 6	Línea Base: Frecuencia de Conductas Problema.....	72
Figura 7	Línea Base: Frecuencia de Pensamientos Distorsionados.....	73
Figura 8	Línea Base: Intensidad de las Emociones.....	73
Figura 9	Resultados Pre y Post Test de la Escala de Habilidades Sociales.....	88
Figura 10	Resultados en porcentajes según promedio ponderado en la E. de HHSS.....	89
Figura 11	Resultados Pre y Post Test del Inventario de Autoestima de Coopersmith.....	90
Figura 12	Resultados Pre y Post del Inventario de Pensamientos Automáticos IPA.....	92
Figura 13	Resultados Pre y Post del Inventario de ansiedad estado-rasgo de STAIC.....	93
Figura 14	Resultados Pre y Post de los pensamientos distorsionados.....	94
Figura 15	Resultados Pre Test y Post Test de las conductas problema.....	95
Figura 16	Resultados Pre Test y Post Test de la intensidad de las emociones.....	96
Figura 17	Resultados Pre Test y Post Test de la duración del contacto visual.....	97

Resumen

El trabajo académico que se expone a continuación se realizó con la finalidad de presentar un estudio de caso único, de un adolescente de 14 años con inhabilidad social, que venía atravesando dificultades sociales y escolares. Se aplicó un programa de intervención cognitivo conductual, durante 16 sesiones, en un lapso de 5 meses y una duración de 60 minutos cada sesión. En las dos primeras sesiones se realizó la entrevista y evaluación psicológica con el objetivo de conocer la historia psicológica del paciente y los datos para la línea base de entrada. El plan de tratamiento se inició con la psicoeducación, posteriormente la intervención de los pensamientos distorsionados mediante técnicas como la reestructuración cognitiva y el descubrimiento guiado, seguidamente se realizó la regulación emocional, usando técnicas de respiración, relajación y desensibilización sistemática y se finalizó con el entrenamiento de conductas de habilidad social, utilizando técnicas como el ensayo conductual, la dramatización y el modelado. La investigación es de tipo cuasi experimental, con mediciones pre test y post test. Para la evaluación clínica se aplicaron test psicológicos como la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein, el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo de STAIC y el Inventario de Pensamiento Automáticos de Ruíz y Luján. Los resultados demostraron el incremento de las conductas de habilidad social después de la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual.

Palabras clave: adolescencia, habilidades sociales, inhabilidad social, terapia cognitivo conductual

Abstract

The academic work that is presented below, was carried out with the purpose of presenting a single case study of a 14 years old adolescent with social disabilities, who had been going through social and school difficulties. A Cognitive Behavioral Intervention Program was applied, during 16 sessions, in a lapse 5 months and a duration of 60 minutes each session. In the first two sessions, the interview and psychological evaluation were carried out with the objective of knowing the psychological history of the patient and the data for the entry baseline. The treatment plan began with psychoeducation, later the intervention of distorted thoughts through techniques such as cognitive restructuring and guided discovery, followed by emotional regulation, using breathing techniques, relaxation and systematic desensitization and ended with training of social skill behaviors, using techniques such as behavioral rehearsal, role playing and modeling. The research is of a quasi – experimental type, with pre-test and post-test measurements. For the clinical evaluation, psychological test such as the Goldstein Social Skills Scale, the Coopersmith Self-Esteem Inventory, the STAIC State/Trait Anxiety Inventory and the Ruíz and Lujan Automatic Thought Inventory, were applied. The results demonstrated an increase in social skill behaviors after the application of the Cognitive Behavioral Intervention Program.

Keywords: Social disability, social skills, adolescence, Cognitive Behavioral Therapy

I. INTRODUCCIÓN

La salud mental durante la etapa de la adolescencia, ha alcanzado una mayor relevancia debido a la evidencia obtenida de los indicadores estadísticos, cuyos datos reportan que aproximadamente la mitad de los trastornos de salud mental aparecen antes de los 14 años, lo que representa una cantidad significativa de enfermedades durante la etapa adolescente y va a determinar la presencia de discapacidades y/o de conductas de riesgo entre la población juvenil, cuyas consecuencias se mantendrán durante toda la vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Entre los problemas de salud mental actuales que presentan los adolescentes, se encuentran: los trastornos de ansiedad y depresivos, los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de conducta oposicionista o disocial, las autolesiones, las adicciones (tecnológicas y/o tóxicas) y la conducta suicida (López y Sánchez, 2023).

En la mayoría de estos trastornos de salud mental presentados por los adolescentes, el área de las habilidades sociales está bastante deteriorada y la intervención terapéutica suele incluir como parte del tratamiento, el entrenamiento en habilidades sociales, para algunos investigadores, incluso son consideradas un factor protector (Méndez et al., 2022). Se considera que, debido a su etapa de vida, el adolescente no llegó a adquirir el aprendizaje completo de dichas habilidades o que la adquisición fue altamente disfuncional debido a una comorbilidad. En cualquiera de los casos, se establece una condición de refuerzo entre el déficit o inhabilidad social y el trastorno mental, siendo necesaria la modificación tanto de cogniciones como de conductas. Por consiguiente, es importante estar atentos a las manifestaciones de malestar emocional que pudieran presentar los adolescentes para prevenir los problemas de salud mental.

Entre los factores de riesgo tenemos: la carencia de apropiados vínculos familiares y de relaciones amicales, bajas expectativas con respecto a su futuro, haber sufrido bullying en la escuela, haber experimentado abandono emocional y abuso sexual, así como, haber consumido drogas (Cacho et al., 2019).

Entre los factores protectores destacan: un adecuado apoyo familiar o referentes significativos, la pertenencia a un grupo social, la participación en actividades juveniles, el conocimiento de sus derechos y el haber desarrollado un sistema de creencias, valores y expectativas positivas en relación con el futuro (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2022).

El presente estudio de caso aborda a un adolescente con inhabilidad social, cuyos déficits conductuales vienen alterando su funcionamiento social y por tanto afectando su salud mental. Por ello, realizada la fase de evaluación, se continuó con la fase de intervención cognitivo – conductual para mejorar sus habilidades sociales. La evaluación del aprendizaje obtenido en esta última fase permitió establecer que el tratamiento aplicado produjo resultados que optimizaron la percepción de sí mismo con relación a su competencia social (calidad de su comportamiento social).

En la primera parte, se presenta una reseña del problema investigado en el estudio de caso y las fuentes revisadas tanto nacionales como internacionales, continuando con la fundamentación teórica de las variables y culminando con la sustentación de la importancia de este trabajo académico. En la segunda parte, se precisan las características de la investigación, describiendo las variables de estudio, los instrumentos y técnicas utilizadas, se detalla la historia del participante de nuestro trabajo y los resultados de todas las evaluaciones realizadas y finalizar presentando el plan y programa de intervención. En la tercera parte, se establece el análisis de los resultados del trabajo realizado, se discuten dichos resultados y se explica el

seguimiento elaborado. En las últimas partes se abordó las conclusiones a las que se llegó con el trabajo realizado, las sugerencias en base a la experiencia que la investigación nos ha proporcionado, la bibliografía revisada y los materiales adicionales que complementan el trabajo presentado.

1.1. Descripción del problema

En concordancia a nuestro tema de investigación, es necesario definir previamente el término de “inhabilidad social”.

Para Torres (2021) la inhabilidad es el déficit o la falta de habilidad que tiene una persona en diferentes circunstancias. Ibarra (2022) sostiene que el término habilidades se refiere al conjunto de conductas aprendidas, que permiten relaciones interpersonales positivas y afrontar adaptativamente las demandas del medio social.

Según Suárez y Ramos (2018) un déficit en el área de las habilidades sociales supone fallas en la integración social, que generan problemas de comportamiento, dificultades en la comunicación y expresión de los sentimientos, acentuación de los sentimientos de soledad y de la inestabilidad emocional, en general, de los factores de riesgo que agudizan la presencia de trastornos psicológicos.

El término de inhabilidad social es utilizado como uno de los Índices del Sistema Comprehensivo del Psicodiagnóstico de Rorschach, reconocido como la metodología de mayor rigor psicométrico, y que identifica a aquellos sujetos con dificultades, limitaciones o deficiencias en las relaciones sociales o para enfrentarse eficazmente a las demandas de su entorno social, lo que refleja inmadurez e ineptitud social, procedentes de un problema evolutivo (Padrón, 2021).

La inhabilidad social hace referencia a una interacción ineficaz con los demás, que impide al individuo conseguir refuerzo social, adaptarse exitosamente en su medio externo y

responder satisfactoriamente a las demandas que éste le presenta. La inhabilidad social, es producto de déficits en el procesamiento de la información, en la comunicación asertiva y en la expresión emocional, debido a interferencias o dificultades en la adquisición o aprendizaje de las habilidades sociales durante el proceso de desarrollo de la socialización.

Los niños y adolescentes con deficiencias en las habilidades sociales van a manifestar dificultades para interactuar con sus pares, para adaptarse a la escuela, para ajustarse a las normas de convivencia en su comunidad y tienen mayor probabilidad de presentar psicopatologías. En este sentido, la falta de desarrollo de las habilidades sociales implica limitaciones para entablar conversaciones con otros, la imposibilidad de intercambiar conocimientos y el incremento de conductas agresivas o evitativas, que provocarán rechazo social y, en consecuencia, relaciones sociales insatisfactorias (Ibarra, 2020). También debe tenerse en cuenta que conllevan a una percepción negativa de sí mismos (as), baja autoestima o autoaceptación (Méndez et al., 2022). En consecuencia, podemos afirmar que, a menor calidad en las interacciones sociales, mayor riesgo de presentar trastornos en la salud mental: ansiedad, depresión, trastornos conductuales, psicosomáticos, etc. (Bances, 2019). La presencia de inhabilidad social trae como consecuencia una alteración del funcionamiento social e interpersonal, lo que repercute en la salud mental y por ende en la calidad de vida (Bustos et al., 2021).

Para los fines de nuestro estudio de caso, presentamos a un adolescente de 14 años con deficientes habilidades sociales. A continuación, se describen las manifestaciones a nivel psicofisiológico, cognitivo, emocional y motor, que exponen sus dificultades presentes:

A. A nivel psicofisiológico. Se pone tenso, se ruboriza, aumenta su ritmo cardiaco, siente escalofríos, un vacío en el estómago, pesadez, le tiemblan las piernas, se le hace un nudo en la garganta y presenta sudoración palmar.

B. A nivel emocional. Se siente ansioso, aburrido, frustrado, triste, avergonzado, impotente, enojado y temeroso.

C. A nivel cognitivo. Piensa: “No sé de qué hablar”, “No soy interesante”, “No puedo empezar a hablar”, “Nunca me sale qué más decir”, “No tengo algo para contar”, “No quiero incomodar a los demás”, “Mejor si no me dicen nada”, “Si pregunto se reirán de mí”, “Trabajar en grupo es tóxico”, “Realmente es un fastidio trabajar en grupo”, “No quiero que me hagan preguntas”, “Se van a reír de lo que diga”, “No me gusta que se burlen de mí”, “No debo mostrar mis sentimientos”, “A mí las cosas me salen mal”, “Si fallo me reclamarán”, “No quiero defraudar a nadie”, “Soy su payaso”, “Se ríen de mí como siempre”, “Lo típico es que se rían de mí”, “No puedo hacer nada”, “No sé cómo defenderme”, “Si me mantengo callado se cansarán de molestarme”, “Soy malo para los deportes”, “Mientras este en esta escuela me seguirá pasando esto”.

D. A nivel motor. Agacha la cabeza, mira al suelo, habla con un tono de voz baja, sus respuestas son lentas y tartamudea, evita participar en clases, evita pedir ayuda, se retrae socialmente, realiza sus actividades en solitario, se mantiene pasivo frente a las interacciones de los demás, permanece inmóvil. Estas respuestas, se presentan en diferentes contextos sociales, especialmente, en el hogar y en la escuela, que son los escenarios en los que se desenvuelve la mayor parte del día. Estas conductas, se mantienen en el tiempo debido al refuerzo negativo establecido: “A mayor conducta de evitación, menor ansiedad.” Sin embargo, ahora percibe que esta acción no le ha ayudado a resolver sus problemas, sino que los ha aumentado, ya que le dificulta participar en clases y sus interacciones sociales le resultan insatisfactorias. Como podemos observar, todos estos pensamientos afectan el aspecto conductual de la persona.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Numerosas investigaciones demuestran la efectividad de los programas de desarrollo de las habilidades sociales en los adolescentes, la mayoría de estos programas cuentan con técnicas terapéuticas cognitivo – conductuales, proporcionando una gama de alternativas sobre los procedimientos a utilizarse en los diferentes casos de inhabilidad social. Entre las investigaciones realizadas a nivel nacional tenemos:

Flores (2021) realizó una investigación de tipo cuasi experimental, con el objetivo de disminuir la ansiedad social en los adolescentes del nivel secundario de un colegio particular de Chiclayo, mediante la aplicación de un Programa cognitivo conductual. La población la constituyó los 190 alumnos del nivel secundario y para la muestra se seleccionaron de forma no probabilística intencional a 50 estudiantes de ambos sexos entre los 14 y 16 años. También contó con la participación de 40 padres de familia y cuatro docentes a quienes se solicitó información referente al trabajo de investigación. El instrumento utilizado fue el Inventario de Ansiedad de Beck y el Programa se desarrolló en 12 sesiones de 50 minutos cada una, que comprendieron la aplicación de técnicas como la psicoeducación, la relajación y musicoterapia, la exposición, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en auto instrucciones positivas, en focalización atencional y en habilidades sociales en grupo. Los resultados concluyen un impacto positivo entre los participantes.

Gutiérrez (2022) realizó una investigación cuasi experimental, con la finalidad de establecer la efectividad de un programa cognitivo conductual en el mejoramiento de las habilidades sociales y el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios. La población fue de 158 estudiantes y la muestra la conformaron 33 alumnos de la carrera de Psicología que fueron seleccionados de manera no probabilística intencionada. El instrumento utilizado fue la Lista de Chequeo de Goldstein, el Inventario de Respuestas de Afrontamiento al Estrés de

Moos y el Programa cognitivo conductual aplicado se desarrolló en 10 sesiones de 60 minutos aproximadamente, en las que se utilizaron técnicas como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, la relajación, el juego de roles, el modelado, el moldeamiento, la resolución de problemas, las auto instrucciones, el debate, los refuerzos y auto refuerzos. El programa usado incrementó significativamente las habilidades sociales y el afrontamiento al estrés.

Morales (2019) realizó una investigación preexperimental con el objetivo de determinar si la aplicación del programa PEHIS influye en el desarrollo de las habilidades sociales en alumnos del cuarto grado de primaria. La población y muestra estuvieron constituidas por 10 estudiantes de un colegio de educación básica regular de Barranco. Para la medición se utilizó como instrumento el Cuestionario de Habilidades Sociales de Monjas y el Programa de enseñanza de habilidades de interacción social - PEHIS, el cual comprende 16 sesiones y en el que se usan técnicas como la instrucción verbal, el diálogo, la discusión, el modelado, refuerzo, retroalimentación y tareas para el hogar. Los resultados establecieron que el programa incrementó las habilidades sociales de manera significativa.

Ramírez (2022) presentó un estudio de caso de una mujer adulta de 24 años con crisis de ansiedad social. Para la intervención realizó la historia clínica psicológica, la evaluación con pruebas psicológicas como la Escala de Ansiedad de Zung, el Inventario de Pensamientos de Ruíz y Lujan y la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein. El tratamiento cognitivo – conductual, se desarrolló en 16 sesiones, con una duración de 60 minutos, por un periodo de 5 meses, en el que se usaron técnicas como la reestructuración cognitiva, tareas para la casa, la respiración diafragmática, el modelado, la psicoeducación y el entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados después del programa de intervención evidenciaron la disminución significativa de la ansiedad social.

Vera (2023) realizó un estudio de tipo preexperimental, que tuvo por objetivo aplicar un programa cognitivo conductual para desarrollar habilidades sociales en adolescentes

asistentes a una iglesia. La muestra estuvo conformada por 21 participantes entre los 13 y 15 años, varones y mujeres y 4 autoridades de la mencionada iglesia que actuaron como colaboradores. El instrumento utilizado fue un Cuestionario de Habilidades Sociales validado mediante el criterio de expertos. El programa aplicado tuvo 10 sesiones en las que se trabajó la comunicación, la escucha activa, toma de decisiones, asertividad, autocontrol, técnicas de relajación, regulación emocional, clarificación de valores, proyecto de vida, etc. Los resultados arrojaron valoraciones cuantitativas favorables en el post test.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Alegría (2022) realizó un estudio preexperimental con el objetivo de conocer la eficacia de un programa de habilidades sociales en el incremento de los niveles de autoestima en adolescentes entre los 13 y 17 años, víctimas de violencia del Hogar Transitorio de la Fundación Munasim Kullakita. La muestra fue seleccionada de forma no probabilística – intencional, de la población de 24 adolescentes se seleccionaron 19. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de autoestima de Coopersmith, el Programa aplicado fue distribuido en 10 sesiones de 60 minutos cada una, en las que se desarrollaron talleres vivenciales, dinámicas de grupo y técnicas narrativas. Se concluyó tras el tratamiento estadístico que el programa de Habilidades Sociales tuvo efectos positivos sobre la autoestima.

Casares (2020) realizó una intervención y evaluación psicológica de una estudiante universitaria con trastorno de agorafobia y problemas por la falta de habilidades sociales y de conductas asertivas. Se tomaron medidas de pretest y post test con el Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey y con el Inventario de Indicadores de tensión y ansiedad de Cautela. La intervención terapéutica comprendió el entrenamiento en habilidades sociales y en la asertividad, se programaron 14 sesiones en las que se usaron técnicas cognitivo-conductuales como la desensibilización sistemática, la exposición, el autorregistro y la relajación. La post evaluación demostró la recuperación de los componentes del trastorno.

Cruz (2023) realizó un estudio cuasi experimental con el objetivo de evaluar la eficacia de un Programa de intervención cognitivo conductual para el entrenamiento de habilidades sociales de jóvenes que no estudian ni trabajan en México. La muestra la constituyeron 16 jóvenes entre los 18 y 25 años hombres y mujeres. Se aplicaron como instrumentos el Inventario factorial de personalidad 16 PF, el Cuestionario de salud autopercebida de Goldberg y el Cuestionario de habilidades sociales de Delgado y otros. El Programa tuvo 11 sesiones de 90 minutos, en los que se trabajó los pensamientos, la comunicación verbal y no verbal, la autorregulación, la asertividad y autoestima, entre otros. Los resultados evidenciaron un aumento de la comunicación y una disminución de la disfunción social.

Pascual (2022) realizó un estudio de caso cuya evaluación e intervención se desarrollaron bajo el enfoque de la terapia cognitivo conductual para entrenar las habilidades sociales de su paciente una mujer joven con ansiedad social. Se aplicaron los siguientes instrumentos: el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de habilidades sociales EHS de Gismero y el Inventario de Asertividad de Rathus. La intervención duró 15 sesiones de 50 minutos, en los que se aplicaron técnicas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición y feedback. Se observaron mejoras en la autoestima y en el ánimo.

Guamaninga (2019) realizó una investigación preexperimental con el objetivo de establecer la relación de causa efecto entre las variables intervenidas: el programa con técnicas cognitivo-conductuales para desarrollar las habilidades sociales alternativas a la agresión, la población la compuso los estudiantes de un colegio de Quito y la muestra fue de 35 niños del 6to de primaria, seleccionados por los resultados en la etapa pretest. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de habilidades de interacción social (CHIS) de Monjas y la Escala de Habilidades de Matson (MESSY), los resultados confirmaron la mejoría de las habilidades sociales en los participantes.

1.2.3. Fundamentación teórica

Se describirán/caracterizarán las variables del estudio:

1.2.3.1. La Terapia Cognitiva Conductual. A continuación, se señalan los conceptos más importantes sobre esta terapia.

A. Línea de tiempo. La Terapia Cognitiva Conductual es un enfoque psicoterapéutico que forma parte de la línea evolutiva de la Terapia de Conducta. Hoy en día, se puede considerar que es la intervención psicológica con mayor comprobación científica en cuanto a su eficacia y efectividad (Ruíz et al., 2012). Se pueden distinguir tres generaciones:

a) **Terapias de Primera Generación:** A esta fase corresponde la Terapia de Conducta, desarrollada en la década de 1950 (Pérez, 2014). Surge con la propuesta de Watson, de darle una orientación científica a la Psicología, que hasta ese momento carecía de la metodología experimental y define como su objeto de estudio a la conducta (Patiño, 2018). El conductismo parte de la premisa que toda conducta es aprendida y por tanto puede ser modificada utilizando los principios del aprendizaje. Los estudios en laboratorio con animales dieron paso al Condicionamiento clásico, cuyo máximo exponente fue Pavlov y posteriormente Skinner fue propulsor del Condicionamiento Operante (Rodríguez-Riesco et al., 2022). Estos representantes del conductismo radical pusieron énfasis en la modificación de la conducta motora. Las técnicas desarrolladas en esta etapa fueron la Exposición, la Economía de Fichas, la Desensibilización Sistemática, el Modelamiento, el Castigo y el Reforzamiento (Patiño, 2018).

b) **Terapias de Segunda Generación:** Surge en la década de 1960, con la introducción de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, quien propone que el aprendizaje se consolida en la medida que el modelo observado reciba reforzadores o castigos por su conducta; de esta propuesta se derivaron técnicas como el modelado y el entrenamiento en habilidades sociales, que tuvieron en cuenta variables cognitivas como la motivación, la

atención y la memoria (Rodríguez-Riesco et al., 2022). El modelo de procesamiento de información de Mahoney incide en concebir al ser humano como un constructor activo de su experiencia, destacando el rol de los procesos cognitivos como la atención (que selecciona y asimila los estímulos), la codificación (que representa simbólicamente la información), el almacenamiento (que permite la retención de la información) y la recuperación (que emplea la información almacenada para guiar las respuestas). De esta forma la Teoría Cognitiva de Aaron Beck y la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, postularon que la mayor parte de las barreras psicológicas eran producto de procesamientos cognitivos incorrectos y que el corregir estos procesos disfuncionales permitirían la reconstrucción del pensamiento y el consiguiente cambio en las emociones y conducta (Porrás, 2022). En esta generación se consolida la Terapia Cognitiva Conductual, que introduce entre el estímulo o situación y la respuesta o conducta, un proceso cognitivo compuesto por creencias, esquemas y pensamientos (Pérez, 2014). Las técnicas más reconocidas fueron: la reestructuración cognitiva (para modificar los pensamientos disfuncionales mediante el diálogo y debate socrático), la toma de decisiones, el entrenamiento en asertividad, en resolución de problemas y en habilidades de afrontamiento o manejo de situaciones (Ruíz et al., 2012; Rodríguez–Riesco et al., 2022).

c) Terapias de Tercera Generación: En la década de 1980 surgen las terapias contextuales, que buscan reafirmar el enfoque conductista concibiendo a los individuos como determinados por el contexto o ambiente en el que se desenvuelven. La visión contextualista desarrolla la Teoría de Marcos Relacionales, que a diferencia de la Terapia Cognitiva Conductual apunta a aumentar la flexibilidad psicológica, proponiendo que, en lugar de modificar pensamientos, las personas se relacionen de una manera diferente con ellos, que no los perciban como barreras psicológicas sino como parte de sus procesos cognitivos que no causan su conducta. El uso de herramientas basadas en la filosofía oriental dio paso a estrategias

como el Mindfulness. Una de las terapias sobresalientes de esta fase es la Terapia de aceptación y compromiso de Steven Hayes (Patiño, 2018).

Cabe destacar, que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), tiene renombre dentro de este panorama de las psicoterapias, sin embargo, los estudios parecen afirmar que son los componentes conductuales y no los cognitivos, los que han permitido asegurar la eficacia de este enfoque (Pérez, 2014). En suma, la TCC se refiere a terapias que intervienen tanto en lo cognitivo como en lo conductual para reducir el malestar brindando aprendizajes más adaptativos (Lega et al., 2002).

B. *Teorías y representantes de la TCC.* La Terapia Cognitiva Conductual ha tenido varios modelos representativos:

a) El Condicionamiento Operante y Skinner: El condicionamiento clásico explicaba las respuestas de los sujetos frente a estímulos incondicionados y condicionados, respuestas sobre las que no tenían control, es decir, eran involuntarias, no obstante, existen otros eventos en los que los sujetos si pueden ejercer su voluntad y emitir conductas con el fin de obtener una consecuencia en particular, a esto se denomina conducta operante y se diferencia de la conducta respondiente en el hecho de que el control ya no se encuentra en el estímulo antecedente sino en la consecuencia. Thorndike propuso la “ley del efecto”, la cual señala que, las consecuencias que consigue una conducta son decisivas para mantenerla o eliminarla (Patiño, 2018). Más tarde, Skinner, desarrolló numerosas investigaciones en las que empleó los procedimientos que caracterizan al condicionamiento operante, entre los que destacaron los siguientes:

El Reforzamiento Positivo, es el aumento en la probabilidad de la emisión de una conducta contingente a la presentación de un estímulo agradable tras su realización.

El Reforzamiento Negativo, es el aumento en la probabilidad de la emisión de la conducta contingente a la eliminación de un estímulo aversivo después de su realización. Se subdivide en dos categorías: cuando el sujeto experimentó las consecuencias del estímulo aversivo, el reforzamiento es por escape, y cuando el sujeto aún no ha experimentado las consecuencias, pero desea prevenirlas, el reforzamiento es por evitación.

El Castigo Positivo, es la reducción en la probabilidad de la emisión de la conducta contingente a la presentación de un estímulo aversivo tras su realización.

El Castigo Negativo, es la reducción en la probabilidad de la emisión de la conducta contingente a la eliminación de un estímulo agradable después de su realización (Kerman et al., 2015).

b) La Terapia Cognitiva de Aaron Beck: En 1979, Beck presentó su modelo de terapia cognitiva para el tratamiento de la depresión. Identificó que las personas deprimidas presentan una tríada cognitiva: tienen pensamientos negativos de sí mismos, del mundo y de su futuro. De acuerdo con su postulado, las personas organizamos nuestras experiencias en esquemas cognitivos, sin embargo, podemos construir errores en el procesamiento de la información, a ello lo denominó distorsiones cognitivas (Beck et al., 1995).

La información se organiza en dos niveles: uno superficial donde encontramos a los pensamientos automáticos y otro más profundo al que denominamos creencias intermedias y nucleares (González et al., 2017). Esta terapia enseña al paciente a identificar la validez de sus cogniciones y a establecer la relación entre ellas, sus emociones y su conducta (Mendoza, 2020)

Para Beck et al. (2010) las principales distorsiones cognitivas son:

- **Abstracción selectiva:** Es centrarse en un detalle omitiendo el resto, saliéndose del contexto, valorando la experiencia en base a sólo ello. Se desprende de aquí el poner etiquetas: a partir de un defecto asume su identidad, generalizando excesivamente.
- **Sobregeneralización:** Consiste en llegar a una conclusión en base a uno o varios hechos aislados y relacionarlo con un evento diferente.
- **Maximización y minimización:** Se brinda mayor o menor valor o peso a un hecho real.
- **Personalización:** Es la excesiva tendencia de atribuir hechos externos como referidos a su persona, sin que exista base real de eso.
- **Pensamiento dicotómico o polarización:** Es valorar las experiencias de manera extrema u opuesta, saltándose los hechos intermedios.

Burns (2012) agrega otras distorsiones cognitivas:

- **Inferencia arbitraria:** En referencia a llegar a conclusiones de forma adelantada, sin tener la suficiente evidencia o por ser la contraria. De esta distorsión se desprenden dos tipos: La lectura de pensamiento: Tiene el supuesto que las personas tienden a hacer juicios terribles de valor y que desprecian. La adivinación del porvenir: Se predice que le sucederá algo terrible.
- **Descontar lo positivo:** Es decirse a sí mismo que sus logros no cuentan.
- **Razonamiento emocional:** De acuerdo con lo que siente, se juzga a sí mismo.
- **Afirmar con un “debería”:** Se critica a sí mismo o a otros con esa palabra.
- **Inculpación:** En lugar de entender el contexto de un problema, culpabiliza a alguien, puede ir hacia la Autoinculpación: culparse a sí mismo sin compasión al cometer cualquier equivocación, y a la Inculpación de los demás: culpar a otros, no asumiendo ninguna participación.

La terapia tiene tres fases: la conceptualización del problema, la generación de alternativas y la generalización de resultados y prevención de recaídas. Las técnicas utilizadas son la búsqueda de evidencia, clasificación de las distorsiones, detección, etc. (Ruíz y Cano, 2002).

a) La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis: En 1958, Ellis publicó su modelo de terapia ABC, en el que postula que los trastornos psicológicos se encuentran a nivel cognitivo y están determinados por creencias irracionales que son exigentes, rígidas (Ellis y Dryden, 1989). Donde B es la creencia que le da significado a un acontecimiento A y esta es la que produce la Conducta C o consecuencia conductual. Ellis propone tres creencias irracionales primarias: Referente a la necesidad de aprobación y/o afecto. Referente a tener éxito y/o ser competente/hábil. Referente a conseguir bienestar.

Asimismo, identificó valores aversivos en la creencia irracional que, al derivarse de los anteriores, se denominaron secundarios: En primer lugar, en relación con el valor de la situación: “tremendismo”. En segundo lugar, en relación con la capacidad de afronte: “insoportabilidad”. Finalmente, con relación al valor de sí mismo y de otros: “condena”

A partir de 1993, cuando Ellis implementó las técnicas conductuales en su terapia, creó la Terapia Racional Emotiva Conductual o TREC. Tiene tres etapas: en la primera el paciente identifica sus creencias como causa de sus problemas, en la segunda aprende herramientas para combatir las creencias irracionales y en la tercera, refuerza las nuevas creencias. Las técnicas que utiliza son la refutación, tareas para casa, proyección en el tiempo, etc. (González et al., 2017). A estas últimas etapas Ellis las denomina D, que vendrían a debatir o cuestionar la forma actual de pensar y desarrolle un pensamiento más funcional y E, que es la nueva filosofía eficaz que ha construido la persona para pensar de forma más racional (Lega et al., 2002).

b) Técnicas de Relajación y Respiración: La relajación progresiva de Jacobson: En 1939, en base a los resultados en un laboratorio de fisiología, el Dr. Jacobson comprobó que tensando y distendiendo los músculos y concientizándose de las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban las tensiones musculares.

Schultz (1931, citado por Lega et al., 2002) descubrió que se podía lograr la relajación mediante la representación mental de sensaciones como el peso y el calor, a esta modalidad la denominó Relajación Autógena, cuya efectividad va a depender del grado de motivación y de la habilidad para autosugestionarse del paciente. Para ello, se repite verbalmente la descripción de las respuestas fisiológicas, se solicita al paciente que se concentre en las indicaciones de sentir reposo, pesadez y calor en los brazos y piernas, que reduzca su ritmo cardíaco, que aumente el calor en el tórax, que perciba frescura en el rostro y disminuya su respiración, posteriormente se pide que imagine un color, objetos específicos, que dé forma a valores abstractos, que se dirija a ciertos lugares y que se formule propósitos. Se termina el ejercicio inspirando, haciendo flexiones, estirando brazos y piernas y abriendo los ojos.

Las técnicas de respiración tienen sus raíces en prácticas orientales y de la India, en occidente empiezan a tener relevancia en los años 70, cuando se incorporan procedimientos de respiración para el control de la activación especialmente cuando la respiración se encuentra alterada, una respiración diafragmática y lenta reduce la activación psicológica y fisiológica, conllevando a la calma (Ruíz et al., 2012)

c) Técnicas de habilidades de afrontamiento y de solución de problemas: La terapia cognitivo – conductual abordó también problemas relacionados al déficit de estrategias para la ejecución de repertorios conductuales, de autorregulación emocional y para la toma de decisiones, que facilitan afrontar con éxito una situación y disminuir el malestar emocional. Dentro de este rubro se incluyen el Entrenamiento en Autoinstrucciones, la Inoculación de

Estrés y la Solución de Problemas. Las autoinstrucciones han mostrado eficacia para tratar las respuestas de ansiedad, en el déficit de asertividad, entre otras. La inoculación del estrés también propuesto por Meichenbaum, es una metodología de intervención que busca promover la autorregulación, instaurar conductas adaptativas y modificar creencias disfuncionales. La terapia de solución de problemas de D' Zurilla, sistematiza por fases la solución de un problema, generando alternativas y evaluando el resultado.

d) Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura. Dentro de las teorías que abordaron el tema de las habilidades sociales, destaca el Modelo de Aprendizaje Social de Bandura, por aportar técnicas fundamentales como el Modelado (Ruíz et al., 2012).

Bandura (1969, citado por Ruiz et al., 2012) postuló el Modelo de Aprendizaje Social mediante el condicionamiento vicario, en el que señaló que las conductas se aprenden, mantienen y extinguen mediante la observación, aunque no haya recibido reforzamiento inmediato (Bandura y Walters, 1974). El aprendizaje se da tanto de la conducta observada como de las consecuencias que acompañaron a la ejecución y se extiende a las representaciones simbólicas como la imaginación o la comunicación oral o escrita. Se compone de cuatro procesos:

- Atención: Es necesario que el observador atienda a la conducta modelo y para ello, el modelo o su conducta debe ser de su interés, asimismo, debe despertar una emoción positiva o negativa, que el nivel de complejidad sea acorde a las capacidades del observador y que le resulte de utilidad.
- Retención: Es también necesario que el observador pueda representar la conducta tanto en imágenes como codificarlo verbalmente, para que pueda retener la información deberá practicarla.

- **Reproducción:** Se refiere a ejecutar la información almacenada y recuperada, por ello, el feedback externo es muy importante.
- **Motivación:** Para que se realice el aprendizaje y todo su proceso, es indispensable que tenga consecuencias de reforzamiento.

Bandura también postuló la reciprocidad triádica, teoría que señala que la conducta es resultado de la interacción entre variables ambientales, factores personales y cogniciones. Esta reciprocidad permite la percepción de autoeficacia, que es la opinión que tienen las personas acerca de sus propias capacidades, es esta creencia la que va a orientar los logros, a elegir una tarea, a esforzarse, a persistir y a adquirir habilidades (Ruíz et al., 2012).

e) **La conducta asertiva y la desensibilización sistemática de Joseph Wolpe:** Al centrarse en el tratamiento de la ansiedad, Wolpe desarrolló la técnica de inhibición recíproca, que se basaba en el entrenamiento de la asertividad. De acuerdo con este enfoque, se buscaba generar una respuesta incompatible a la ansiedad para así reducirla. La hipótesis consistía en que las personas no manifestarían conductas agresivas si manifiestan conductas asertivas porque son incompatibles. Los resultados de sus investigaciones demostraron que la técnica era eficaz en pacientes con síntomas de ansiedad social. Para mejorar el entrenamiento, propuso una exposición gradual a la que llamó Desensibilización Sistemática, consistente en exponer al paciente gradualmente y en el orden que elijan, a imágenes, objetos o contextos que le generan miedo o ansiedad, asociándolos repetidamente a ejercicios de relajación muscular, que, al ser incompatible con la ansiedad, se inhibiría dicha emoción (Wolpe, 1993).

1.2.3.2. Las Habilidades Sociales. Dentro del marco de la Terapia Cognitiva Conductual, las habilidades sociales, se han abordado como parte del proceso para lograr la competencia social o capacidad de las personas para adaptarse a su medio circundante.

A. Definición. Las habilidades sociales han tenido una variedad de definiciones, para los fines del presente estudio, se aplicará la definición de A. Goldstein, quien señaló que las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos básicos, complejos e instrumentales que permiten relaciones interpersonales eficaces, así como, la resolución de problemas interpersonales y socioemocionales de forma saludable. Las habilidades sociales son aprendidas (Alquinga et al., 2023).

B. Las habilidades sociales y la asertividad. Lega et al. (2002) postuló que la conducta asertiva es un estilo de comportamiento que facilita a las personas adaptarse a su medio social y conseguir recompensas. La conducta asertiva implica que en una interacción interpersonal se pueda expresar deseos, sentimientos, opiniones, actitudes o derechos, con respeto a los demás y resolviendo problemas tanto presentes como posteriores. La conducta asertiva tiene tres componentes: el conductual (es el comportamiento), el cognitivo (son los pensamientos) y el situacional (el ambiente), en otras palabras, se dice lo que piensa, lo que siente y cómo observa una situación dada. La conducta no asertiva, implica la violación de los derechos de la misma persona debido a su incapacidad de expresar sus sentimientos, pensamientos y necesidades, en ocasiones se debe a un deseo por escapar de entrar en conflicto con otros, pero el resultado es el malestar por no expresar sus opiniones lo que repercute en su autoestima y en somatizaciones, es frecuente la lectura de pensamientos del otro y una acumulación de frustración que culmine en una explosión de ira. El que recibe la conducta no asertiva también experimenta malestar al sentir culpa o preocupación al asumir la responsabilidad de las decisiones y encontrarse con una persona que pueda no estar satisfecha con dicha decisión. Las personas no asertivas tienen sentimientos de inferioridad y tienden a mantenerse subordinados a otros, temen molestar a los demás, buscan agradar, sin embargo, al no estar seguros de sus sentimientos, mienten, son pasivos. Por otro lado, la conducta agresiva,

viola los derechos de los demás, puede ser directa o indirecta y darse de forma verbal con la finalidad de conseguir el dominio.

Tanto el comportamiento no asertivo o pasivo, como el agresivo comparten creencias irracionales como:

- Lo que podamos decir puede lastimar los sentimientos del otro.
- Las personas desconsideradas se merecen nuestro silencio.
- Es mejor guardarse los propios sentimientos.
- La crítica es la mejor manera de corregir los errores de los demás.
- Es imperativo agradarle a los demás.
- Quien realmente me quiere debe saber lo que necesito.
- Sólo conociendo el origen de nuestra conducta podemos cambiar.
- Pensar en los otros primero, nos evita ser egoístas.

Dentro de las diferentes dimensiones de la conducta asertiva, existen creencias irracionales que la obstaculizan, por ejemplo, al iniciar y mantener conversaciones podemos tener ideas como: “empezar conversaciones es arriesgado porque puedo no caerle bien al otro”, “si me quedo mucho tiempo en una reunión alguien se acercará”, “hay gente con suerte a la que todos los aprecian”, “si a alguien no le caemos bien desde el inicio nunca le caeremos bien”, “si me rechazan una invitación es que no valgo”, “no tengo derecho a molestar a otros”, “si no digo algo brillante el otro pensará que soy tonto”. Una vez identificados los pensamientos irracionales, es necesario pasar al debate y consolidarlo con ejercicios conductuales para atacar la vergüenza y para enfrentar riesgos (Lega et al., 2002)

Es importante la revisión de los aspectos teóricos de la asertividad por ser una conducta que mejora la convivencia y por ser una habilidad (no un rasgo de personalidad) que forma parte de las habilidades sociales en general, vinculada a la búsqueda del respeto de los propios derechos y de los demás (Calua et al., 2021).

C. *Proceso de adquisición de las habilidades sociales (HHSS).* Las HHSS según la Teoría de Aprendizaje Social de Bandura, se aprenden mediante un complejo proceso en el que interactúan variables cognitivas, ambientales y conductuales y tiene su inicio en la niñez:

a) Reforzamiento positivo: Las HHSS son consecuencia de un reforzamiento directo, en el que el niño aprende conductas debido a las consecuencias positivas en su entorno familiar y pasa de responder a necesidades corporales a responder a su ambiente social. De esta forma establece una historia de reforzamiento personal que moldeará el desarrollo de sus habilidades sociales, por tanto, dependerán principalmente de la maduración y de sus experiencias de aprendizaje.

b) Aprendizaje vicario: Los niños observan a sus padres y en esa interacción aprenden mediante el modelado (aprendizaje vicario) y por instrucción, luego practican la conducta en diferentes situaciones.

c) Retroalimentación interpersonal: La interacción social también es fuente de reforzamiento (feedback positivo o negativo), que alcanza un mayor valor durante la adolescencia, etapa en la que se continúa con el aprendizaje para mantener la habilidad social (Caballo, 2007).

d) Desarrollo de las expectativas cognitivas: Rotter (1954, citado por Ruiz et al., 2012) postuló el importante papel de las expectativas (creencias) cognitivas, es decir, el valor otorgado por el sujeto, a la emisión de una conducta y si su predicción de desempeño será o no exitosa, en tal sentido, lo que le enseñó su experiencia previa, a lo que Bandura, llamó autoeficacia, esto determinará si se expone a una situación determinada, considerando la forma en que procederá a afrontarla, de ahí que, por ejemplo, si tiene expectativas negativas producto de su dificultad para manejar situaciones embarazosas en el pasado, mantenga cogniciones de fracaso y se abstenga de actuar en situaciones similares en el presente o éstas le generen ansiedad.

D. Etiología del déficit de HHSS o inhabilidad social. Ruíz et al. (2012) indica que los principales modelos que explican la falta de habilidad social son los siguientes:

a) Modelo de déficit de conductas, se refiere a carencias en el aprendizaje del comportamiento social por una precaria socialización, por lo que las personas tienen una interacción social inadecuada.

b) Modelo de inhibición por ansiedad, que señala que la falta de repertorio social se debe a la ansiedad condicionada a situaciones de conflicto interpersonal por lo que se vuelven pasivas para reducir dicha ansiedad.

c) Modelo de inhibición mediatizada, producto de procesos cognitivos interferentes en la conducta social, como las creencias irracionales, las auto verbalizaciones negativas, estándares perfeccionistas y autoexigentes de evaluación, expectativas de la conducta asertiva.

d) Modelo de discriminación errónea, señala que existen interpretaciones incorrectas de los signos sociales y por ello hacen un uso inapropiado de sus habilidades cognitivas y perceptivas.

e) Modelo interactivo, referente a fallas en los procesos cognitivos y de conducta que empezarían con una discriminación incorrecta de las situaciones sociales relevantes, continuaría con defectos en el procesamiento de los estímulos para evaluar las posibles respuestas y terminaría con la ejecución de la acción elegida, en este caso, inhábil.

Dentro del marco de la teoría del aprendizaje social, tenemos dos modelos explicativos de la inhabilidad social. El modelo de déficit, que señala que si una persona presenta inhabilidad social se debe a un inapropiado reforzamiento, a la ausencia de modelos adecuados y/o a la poca oportunidad o estimulación para que se produzca el aprendizaje. Por otro lado, el modelo de la interferencia, que señala que la persona puede tener las habilidades necesarias, sin embargo, carece de la metodología para ejecutarlas correctamente, al existir variables

emocionales, conductuales o cognitivas que entorpecen su práctica, como pensamientos pesimistas, ansiedad, baja habilidad para la resolución de problemas, expectativas negativas, creencias irracionales, etc.

E. Entrenamiento de las habilidades sociales. Kelly (2002) señala que independientemente de la causa por la que una persona no haya aprendido alguna habilidad social, puede aprenderla si se la define claramente y se aplican los principios del aprendizaje para aumentarla o añadirla a su repertorio conductual y luego ser generalizada a la interacción social en su ambiente natural.

Puede suceder que las personas presenten habilidades sociales adecuadas, pero poseen esquemas disfuncionales y ansiedad que generan un comportamiento social inadecuado, en estos casos, se aplican técnicas cognitivas y de regulación emocional y se complementa con el entrenamiento de las habilidades sociales, pues la práctica favorece la seguridad del paciente en sus propias habilidades, pues los recuerdos disfuncionales se activan y se introduce nueva información que contradice aquellos significados almacenados, modificándolos (García-Grau et al., 2019).

Para trabajar en la mejora de las Habilidades Sociales, se han elaborado diversos programas tanto individuales como colectivos. Caballo (2007) propone, siguiendo el enfoque molecular, que se consideren tres componentes en el entrenamiento de las HHSS:

a) Habilidades Conductuales, son las conductas observables en las interacciones sociales como son las conductas no verbales: la mirada, los gestos, la postura, etc., las conductas paralingüísticas: el tono de la voz, la fluidez en el discurso, el tiempo de habla, etc., las conductas verbales: los halagos, los desacuerdos, las auto revelaciones, etc., las conductas mixtas: tomar la palabra, ceder la palabra, escoger el momento apropiado, etc.

b) Habilidades Cognitivas, se refiere a la percepción de las situaciones, al procesamiento de la información y a la evaluación de los estímulos, esto va a depender de las

características de las personas, pues dependerá de su experiencia previa la forma de percibir los contextos sociales y su ajuste de respuesta, se tomará en cuenta variables como su competencia cognitiva, sus estrategias de codificación y constructos personales, las expectativas, los valores, su sistema de autorregulación, sus auto instrucciones, autoobservación, autoestima, etc.

c) Componentes Fisiológicos, que toman en cuenta las reacciones fisiológicas en la interacción social, como la tasa cardíaca, la presión sanguínea, la respiración, la actividad muscular, etc.

Chevez (2018) menciona la clasificación propuesta por Peñafiel y Serrano, quienes formulan el desarrollo de las siguientes habilidades sociales:

a) Cognitivas: En las que se identifican las características del pensamiento como la identificación de necesidades, deseos y preferencias, tanto de sí mismo como de los demás; la identificación y discriminación de las conductas deseables a nivel social; la resolución de problemas haciendo uso del pensamiento alternativo, consecuencial y relacional; la identificación del estado anímico personal y del otro; y la autorregulación mediante habilidades de autocastigo y autorrefuerzo.

b) Emocionales: El conocimiento de las características, forma de manifestación y de la función de las emociones como la ira, la alegría, la tristeza, el miedo, la vergüenza, entre otras.

c) Instrumentales: La dirección que le damos a la ejecución de las habilidades, como en las conductas verbales, que nos permiten iniciar y mantener conversaciones, formular preguntas, responder a críticas, etc.; las conductas alternativas a la agresión, que nos permiten rechazar provocaciones, negociar conflictos, etc.; y las conductas no verbales, que nos permiten mantener un tipo de postura corporal, un tono, ritmo e intensidad de voz, gestos, contacto visual, etc.

Hayes y Hofmann (2018) proponen que el entrenamiento de las habilidades interpersonales se realice cumpliendo el siguiente proceso:

- a) Establecer una justificación para la habilidad, en el que se presenta una habilidad y se revisan las razones para aprenderla.
- b) Discutir los pasos para la habilidad, se divide la habilidad en tres a cinco pasos, se usa material de apoyo y se discute las razones de cada paso.
- c) Modelar la actividad mediante el juego de roles, en el que se demuestra la habilidad, estableciendo el contexto y se modela la habilidad en un juego de roles.
- d) Revisar el juego de roles con el paciente, se discuten los pasos ejecutados de la habilidad en el juego de roles y se pide al paciente que evalúe su efectividad.
- e) Involucrar al paciente en un juego de roles de una situación similar, donde se pide al paciente que use la habilidad en un juego de roles.
- f) Proporcionar comentarios positivos, se brindan comentarios positivos como reforzadores verbales, evitar comentarios negativos o críticas.
- g) Proporcionar retroalimentación correctiva, se solicita sugerencias para mejorar la habilidad en el paciente.
- h) Involucrar al paciente en uno o tres juegos de roles más de la misma situación, se solicita al paciente que cambie una a dos conductas en cada juego de roles.
- i) Brindar comentarios y sugerencias para mejorar el rendimiento, utilizar el modelado, en ensayo conductual, las auto instrucciones, la instigación, de ser necesario para conseguir un mejor desempeño en el paciente y dar feedback.
- j) Dejar una tarea para la práctica de la habilidad, delegar una tarea que pueda practicar el paciente por su cuenta un par de veces antes de la próxima sesión.

F) Dimensiones de las habilidades sociales. Goldstein et al. (1989) elaboró un cuestionario de habilidades, con el cual podía evaluar los déficits y a la vez, medir la efectividad

de la intervención psicológica mediante el Aprendizaje Estructurado. Dichas habilidades fueron agrupadas por déficits comunes, esta clasificación facilitó la distribución del entrenamiento de las habilidades sociales.

Alquinga et al. (2023) describieron las dimensiones de las habilidades sociales propuestas por Goldstein:

a) Dimensión 1: Primeras habilidades sociales. Este primer nivel está integrado por habilidades como saber iniciar una conversación y mantener la interacción social, ser capaz de entablar una escucha activa, poder presentarse y presentar a otros, hacer un cumplido, dar las gracias y hacer una pregunta.

b) Dimensión 2: Habilidades sociales avanzadas. Este segundo nivel lo integra la capacidad de responsabilidad, de ayuda a los demás y de cortesía, se evalúa la habilidad para pedir ayuda, dar y seguir indicaciones, disculparse, discutir y convencer a otros.

c) Dimensión 3: Habilidades para manejar sentimientos. En este tercer nivel se encuentra la regulación emocional, el conocimiento de los propios sentimientos, la habilidad para expresar, resolver el miedo, enfrentarse al enfado de los demás, recompensarse, reconocer sus debilidades y fortalezas.

d) Dimensión 4: Habilidades alternativas a la agresión. En este cuarto nivel están las habilidades de manejo de las emociones para evitar los conflictos y para actuar de manera asertiva frente a los demás, se encuentra la habilidad para pedir permiso, compartir algo, ayudar a los demás, negociar, emplear el autocontrol, defender los propios derechos y responder a las bromas.

e) Dimensión 5: Habilidades para hacer frente al estrés. En este quinto nivel se encuentran las habilidades de tolerancia a la frustración, el manejo del fracaso, la resiliencia, la toma de decisiones, el formular y responder a una queja, mostrar deportividad en un juego,

resolver la vergüenza, defender a un amigo, responder a la persuasión, prepararse para una conversación difícil y hacer frente a la presión.

f) Dimensión 6: Habilidades de planificación. En el sexto nivel se ubican las habilidades de orientarse a una meta, organizarse, concluir proyectos, discernir la causa de un problema, establecer un objetivo, tomar decisiones realistas, resolver problemas según su importancia, concentrarse en una tarea específica, recoger información y determinar las propias habilidades.

El Ministerio de Salud del Perú (2005) considera dentro del abordaje de las habilidades para la vida, el trabajo de las siguientes dimensiones de las habilidades sociales, que ayudan a explicar la conducta:

- a) Comunicación: En el que se desarrollan temas como aprendiendo a escuchar, el uso de los mensajes claros y preciso, los estilos de comunicación, la aceptación positiva y la aserción negativa.
- b) Autoestima: En el que se trabajan temas de auto aceptación, auto conocimiento y reconocimiento y valoración de los propios logros.
- c) Control de la ira: Esta dimensión trabaja la identificación de los pensamientos asociados a la ira, las autoinstrucciones y los pensamientos saludables.
- d) Valores: Esta dimensión trata la escala individual de valores y recalca el desarrollo de valores como la honestidad y el respeto.
- e) Toma de decisiones: Dimensión que trata sobre la toma de decisiones y el proyecto de vida.

1.2.3.3. La Adolescencia. A continuación, se considera los siguiente:

A. Definición. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano caracterizada por un crecimiento vertiginoso, que se produce entre los 10 y los 19 años. En este período de transición, los cambios biológicos, psicológicos y sociales provocan vulnerabilidad e incluso

dicotomías que alteran el equilibrio interno e interpersonal, por ello, que muestren una alta disposición a ser influidos por modelos sociales y sus ambientes (Esteves et al., 2020). Durante la adolescencia tiene lugar la pubertad, que es el proceso de maduración biológica que se produce entre los 10 y 16 años, que es la que marca el término de la niñez y va a permitir la capacidad reproductiva, manifestando cambios en las características sexuales primarias y secundarias, así como, cambios en las estructuras físicas, fisiológicas, psicológicas y sociales (Barcelata y Flores, 2019).

B. *Desarrollo cognoscitivo.* La adolescencia también presenta cambios en la estructura del pensamiento, como señala Piaget, entre los 11 y 15 años, se llega al período de las operaciones formales, que se caracteriza por la capacidad para pensar de forma lógica, de lograr la metacognición, es decir, pensar en sus propios pensamientos y de los demás, y el ser conscientes de que otras personas pueden pensar diferente. De esta forma el adolescente, puede poner a prueba una elaboración conceptual o hipótesis elaborada a partir de datos concretos y deducir hechos lógicos los que luego comprobará con la realidad (razonamiento hipotético-deductivo). Las operaciones formales permiten solucionar problemas que comparten una estructura, pero con contenido diferente. Sin embargo, las concepciones son relativistas, considerando el conocimiento poco fiable, la reflexión es egocéntrica, al empezar la edad adulta la concepción se vuelve racional (Sandoval, 2018; Burgos, 2014).

C. *Razonamiento social.* Caracterizado por lo siguiente:

a) El conocimiento del “yo” y de los “otros”: Se da una concepción interaccionista donde las conductas de las personas se van a entender tanto desde sus características individuales como en función al contexto del momento, asimismo, son conscientes, que rasgos diferentes pueden mezclarse e incluso resultar contradictorios y que puede dar lugar a falsas impresiones.

b) Las habilidades para desenvolverse en situaciones sociales: En esta etapa se aprecia un mejor análisis de los hechos debido a que hay un incremento en la habilidad atencional, asimismo, la comprensión social se expande por lograr una interpretación más apropiada y las respuestas se amplían debido a la experiencia y al conocimiento de las consecuencias.

c) La comprensión del funcionamiento del medio social: Hay interés por comprender el medio en el que viven, desean comprender el sistema político, económico o ideológico, aunque la representación de la sociedad en su conjunto no es aún apropiada. Pueden apreciar que los sistemas influyen entre sí, que no son estáticos, sino que están en constante transformación y que esto va a depender de una variedad de intereses y factores que van más allá de ciertos personajes.

d) Los juicios morales: De acuerdo con Piaget, el niño que tenía una moral basada en la obediencia y el respeto a la autoridad de los adultos, en la adolescencia pasa a desarrollar una moral autónoma, entendiendo que las reglas son un acuerdo entre personas y la cooperación sólo es posible si podemos situarnos en el lugar del otro, comprendiendo sus pensamientos y sentimientos. Según Kohlberg, los adolescentes se encuentran en el segundo estadio del desarrollo moral correspondiente al nivel convencional, que señala que la personas se identifican con las reglas y con las expectativas de los demás. El logro de este desarrollo moral está relacionado al ambiente en que se desenvuelve el adolescente, por ello es importante el rol de la familia, de la escuela y de la comunidad, estas tres variables son importantes para la adaptación de las personas a la sociedad (Sandoval, 2018).

D. Desarrollo psicosocial. Se consideran importantes:

a) La búsqueda de la identidad: Debido a los cambios físicos por la aparición de la pubertad, el adolescente debe modificar la imagen que tiene de sí mismo, la disparidad con la que estos cambios se producen entre su grupo de pares origina conductas con las cuales suplir

alguna desventaja. Para el adolescente es importante la opinión de los demás y cree ser el centro de atención, ya que la interacción entre lo que aspira y lo que le dicen los demás va a determinar su autoconcepto, es común que haya oscilaciones en dicha imagen, debido a que las vivencias pueden polarizarse, según Elkind, existe una “audiencia imaginaria” que lleva al adolescente a sentirse observado y valorado por los demás (Sandoval, 2018).

b) El proyecto de vida: Otra particularidad durante la adolescencia es la determinación de su vocación, pues será el medio como logrará sus metas personales. El tener un propósito permite orientar sus esfuerzos, habilidades y tiempo a un fin específico. El medio familiar, social y las características individuales serán variables que tendrá en cuenta en sus aspiraciones profesionales o laborales.

Se definen logros evolutivos o tareas que tiene el adolescente: aceptarse físicamente y hacer un uso eficiente de su cuerpo, establecer relaciones maduras con sus pares de ambos sexos, desarrollar su rol social ya sea femenino o masculino, independizarse emocionalmente de sus padres, prepararse para una vida en pareja y en familia, elegir una profesión, construir un propio sistema de valores que guíe su conducta y asumir una conducta socialmente responsable (Barcelata y Flores, 2019).

c) La formación de grupos: El adolescente tiende a integrarse en grupos, los cuales tienen la función de afianzar la definición de intereses, elaborar sus ideas y experiencias, compartir ideologías y puntos de vista, así como, desarrollar sus habilidades sociales. Estos grupos pueden promover conductas positivas o tornarse inadecuados y alejarse de los parámetros de conducta esperados. La aceptación social por su grupo de referencia es primordial, ello va a condicionar el desarrollo de habilidades tales como el liderazgo, el compañerismo, los valores, el reconocimiento de sus iguales, etc., experiencias que van a impactar en su vida (Méndez et al., 2022; Ramírez et al., 2020).

d) El papel de la familia: Existe una correlación positiva entre el funcionamiento familiar y las habilidades sociales por lo que es importante, tener en cuenta la disfunción familiar ya que es un factor determinante en el nivel de desarrollo de las habilidades sociales (Esteves et al., 2020). De acuerdo con los resultados de las investigaciones se ha encontrado que las personas con un patrón familiar orientado a la conversación desarrollan mejor sus habilidades y la solución sociales de conflictos. Otros estudios demuestran que los padres que apoyan la autonomía de sus hijos (fomentan la solución de problemas y toma de decisiones independiente) y no usan el control psicológico (estrategias manipuladoras e intrusivas para obligar el cumplimiento de sus expectativas), tienen hijos que alcanzan con más facilidad su identidad personal. Asimismo, los estudios demuestran que un estilo de crianza autoritario y negligente produce una baja autoestima (Vilar et al., 2021).

e) Las habilidades sociales y los trastornos psicopatológicos: Es importante considerar que existen cualidades que caracterizan a los adolescentes, entre las que destacan: los sentimientos intensos y volubles, la necesidad de recompensas inmediatas y frecuentes, baja capacidad de autocrítica, indiferencia por sucesos que no están relacionados con su personalidad, aunque existen otros adolescentes comprometidos con su entorno (Barcelata y Flores, 2019).

Estas cualidades se van a matizar en la personalidad del adolescente, cuando la personalidad se encuentra bien configurada, se facilita el hacer frente a las diferentes situaciones sociales haciendo uso de comportamientos sociales funcionales, sin embargo, cuando se presenta un comportamiento social inhibido o manifestaciones de agresividad, la interacción con los demás se minimiza al no hallar reforzamiento. Por ello, es necesario modificar las deficiencias en las habilidades sociales para aumentar las oportunidades de aprender y madurar (Méndez et al., 2022). La adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad,

por ello, la calidad en el desarrollo de las habilidades sociales es una variable fundamental para prevenir trastornos emocionales (Esteves et al., 2020; Ramos-Díaz et al. 2018).

Los resultados obtenidos en estudios sobre las relaciones entre ansiedad social y las HHSS, confirman la relación entre ambos constructos, asimismo, los datos obtenidos indican que la relación de las HHSS con los trastornos de personalidad, concuerdan con las características propias de cada uno de estos estilos de personalidad (Caballo et al., 2014).

De acuerdo con la Escala de miedos evolutivos, entre los 12 y 18 años, aparece el miedo a las relaciones interpersonales y a la pérdida de la autoestima; la respuesta ansiosa llega a convertirse en un trastorno cuando aparece en situaciones donde no hay peligro, es decir, cuando es anticipado como producto de un aprendizaje derivado por un recuerdo o una experiencia emocional anterior (Mesa, 2018).

Entre las principales psicopatologías relacionadas a la inhabilidad social tenemos:

a) La fobia o ansiedad social, que se caracteriza por el miedo o ansiedad intensa que se presenta en determinadas situaciones sociales en las que la persona siente estar expuesta al juicio de otras personas. El contacto visual directo puede ser molesto. Suele acompañarse de baja estimación de sí mismo, miedo de ser rechazado, humillado o valorado negativamente por actuar de cierta manera que considera vergonzosa o llegar a mostrar sus síntomas de ansiedad, se preocupa por ruborizarse, de tener temblor en las manos, de su necesidad de miccionar, de las náuseas y puede llegar a presentar crisis de pánico. La conducta de evitación es tan intensa que conlleva a aislamiento social. De acuerdo con el CIE 10, para el diagnóstico definitivo se deben cumplir los siguientes criterios: Los síntomas psicológicos comportamentales o vegetativos, son manifestaciones de ansiedad primarios y no secundarios a otros trastornos como las ideas obsesivas o delirantes. Predomina en situaciones sociales determinadas y concretas. Una llamativa evitación de las situaciones fóbicas.

b) El Trastorno de la personalidad por evitación o trastorno ansioso, se caracteriza por un patrón dominante de inhibición social e hipersensibilidad a la evaluación negativa, presente en diversos contextos, se prolonga más en el tiempo y contiene más problemáticas a nivel de autoestima, autoconcepto, distorsiones cognitivas: se siente más identificado con su manera de funcionar. Tiene un pronóstico crónico.

De acuerdo con el CIE 10, para el diagnóstico definitivo se deben cumplir los siguientes criterios: Presentar sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor. Preocupación por fracasar, no tener atractivo personal, por ser inferior a otro. Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad. Resistencia a entablar relaciones sociales sin la seguridad de ser aceptado. Restricción en el estilo de vida debido a la necesidad de seguridad física. Evitación de contactos sociales íntimos por miedo a la crítica o rechazo social, por lo que es importante tener en cuenta estos datos por ser relevantes al momento de la intervención.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Al final del programa de intervención cognitivo conductual, el paciente será capaz de presentar conductas de habilidades sociales en ocho ensayos consecutivos con una performance del 70%.

1.3.1. Objetivos específicos

1. Brindar información relacionada a la Terapia Cognitivo Conductual, sobre la Inhabilidad Social desde la perspectiva cognitivo conductual y sobre los procesos previos al proceso y relación terapéutica.
2. Disminuir las distorsiones cognitivas que presenta el paciente.
3. Disminuir las emociones desagradables contingentes a la conducta disfuncional del paciente.

4. Desarrollar comportamientos funcionales que disminuyan la inhabilidad social del paciente.

1.4. Justificación

El presente estudio de caso ofrece una revisión actualizada, a partir de fuentes nacionales e internacionales, de los aspectos teóricos de las habilidades sociales y del aporte de la terapia cognitivo – conductual, en el tratamiento y la recuperación de los déficits de dichas habilidades, relevantes en la crucial etapa de vida de la adolescencia. Los resultados, asimismo, contribuyen a ampliar el conocimiento científico existente ya que, con ellos aportamos a validar la teoría psicológica y a reflexionar sobre la importancia de la investigación.

A nivel metodológico, este trabajo académico, es un aporte para los terapeutas cognitivo-conductuales y terapeutas en general, sobre la viabilidad del procedimiento efectuado, pues al demostrarse la utilidad de las técnicas y estrategias seleccionadas para el tratamiento de la inhabilidad social, podrán tomarlo como referencia a ser aplicada en otros trabajos de investigación, así como, en su desempeño profesional, para ayudar en esta problemática adolescente.

A nivel práctico o aplicado, esta investigación, es una contribución en la resolución de los problemas de salud mental derivados de la inhabilidad social que afectan a la población adolescente, debido a que se presenta como una propuesta terapéutica eficaz que mejora la competencia social y la calidad de vida en general.

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Mediante el presente programa de intervención cognitivo conductual, se espera contribuir a que el adolescente mejore sus habilidades sociales, empezando por tener un amplio conocimiento y comprensión de los eventos tanto externos como internos que pueden dificultar sus interacciones sociales, es decir, que pueda reconocer y entender tanto los factores ambientales, como los factores fisiológicos, conductuales, emocionales y las características del

pensamiento (sus creencias, distorsiones, atribuciones, expectativas, etc.) que intervienen en el ejercicio de sus competencias sociales; en ésta misma línea, que aprenda las técnicas y estrategias que posibilitan modificar los errores del pensamiento, regule sus estados emocionales, reduzca el efecto de los cambios fisiológicos y elimine las disfunciones comportamentales, que le obstaculizan lograr un desempeño más eficiente en sus interacciones sociales y sea capaz de plasmar en la vida diaria lo aprendido, acompañando en un inicio el entrenamiento en la aplicación de dichas herramientas psicológicas hasta consolidar el nuevo repertorio social adquirido.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es una investigación de tipo aplicada, pues busca solucionar dificultades sociales cotidianas, haciendo uso de la teoría, en nuestro caso, de la ciencia psicológica, para mejorar la calidad de vida de la persona o personas afectadas (Arias et al., 2022).

La investigación efectuada, utiliza el diseño de caso único, que también es conocido como diseño de $N = 1$. Este diseño es considerado experimental, debido a que busca establecer la relación causa – efecto, mediante la manipulación de la variable independiente y el control de las variables extrañas que puedan influir en la respuesta estudiada o variable dependiente.

El diseño de caso único, de acuerdo con sus fases, se divide en diseños de reversión y de no reversión. Cuando en un diseño no es posible retirar el tratamiento, por ejemplo, cuando la intervención ha implicado un aprendizaje, se considera como un diseño de no reversión. El modelo básico Diseño A-B, está constituido por dos fases: la Fase A (línea base), en la que se realiza la medición de la variable dependiente antes del tratamiento, y la Fase B (tratamiento), en la que se realiza la medición estando presente el tratamiento o variable independiente. Si durante esta fase se observa una variación en la línea base, se desprende que es por efecto del tratamiento. Dentro de este diseño, pueden registrarse líneas base de varias conductas susceptibles de ser modificadas con el mismo tratamiento, para ello, se aplica el tratamiento a cada una de ellas secuencialmente y se observan los cambios producidos, hasta que se haya abarcado a todas las conductas objeto de estudio en un mismo sujeto, a este procedimiento se llama Diseño de Línea Base Múltiple entre Situaciones. Se consideran los principios de independencia de las conductas y sensibilidad a la misma variable, como requisitos necesarios a cumplirse en la aplicación de este diseño (Quintanilla et al., 2020).

El diseño A-B, es el utilizado en el presente estudio, en su modalidad Línea Base Múltiple, por consiguiente, estamos ante un diseño no reversible univariable multicondicional.

2.2. Ámbito temporal y espacial

El Programa de Intervención Cognitivo Conductual aplicado en este Estudio de Caso, se desarrolló en el Centro de Salud Militar del Rímac y tuvo una duración de cinco meses.

2.3. Variables de investigación:

Para el presente estudio de investigación, se asignaron como variables, las indicadas a continuación:

A. *Variable Independiente.* El Programa de Intervención Cognitivo Conductual

Consistente en 16 sesiones de 60 minutos cada una.

Las sesiones se realizaron una vez a la semana.

La Fase de Alianza Terapéutica, Encuadre y Psicoeducación fue de dos sesiones.

La Fase de Tratamiento fue de doce sesiones:

Las tres primeras sesiones para la reestructuración de los pensamientos irracionales.

Las cuatro siguientes sesiones para la disminución de la desregulación emocional.

Las cinco siguientes sesiones para el desarrollo de las conductas de habilidad social.

La Fase de Retroalimentación (Post test) fue en una sesión.

La Fase de Seguimiento fue en una sesión a los dos meses.

B. *Variable Dependiente.* La inhabilidad social

El estudio de caso se centrará en los déficits presentados en las habilidades sociales básicas: Iniciar una conversación. Mantener una conversación. Formular una pregunta. Presentarse. Presentar a otras personas. Por otro lado, en una habilidad social avanzada es preciso tener en cuenta lo siguiente: Participar. Asimismo, en una habilidad relacionada con los sentimientos, es preciso considerar lo siguiente: Resolver el miedo. En una habilidad

alternativa a la agresión: Responder a las bromas. Finalmente, en una habilidad para hacer frente al estrés: Resolver la vergüenza. Responder al fracaso.

C. Variables de Control. Se refiere a:

No presentar trastorno mental o psiquiátrico. No tener tratamiento psicofarmacológico.
Disposición del núcleo familiar para participar en el tratamiento.

2.4. Participante

Nombre y Apellidos	:	Joseph F. C
Edad	:	14 años
Lugar/ fecha de nacimiento	:	Callao, 01 de octubre del 2004
Grado de instrucción	:	2do. De Secundaria
Derivado por	:	Madre de familia y tutor escolar
Persona responsable	:	Sra. María C.
Parentesco	:	Madre
Fecha de entrevista	:	De octubre 2018 a marzo 2019
Lugar de entrevista	:	Centro de Salud Militar Rímac
Terapeuta	:	Lic. Carmen Mariella Conde Cedillo

Observación psicológica. Joseph es un adolescente que aparenta su edad cronológica. Usa el cabello negro corto y bigotes, su tez es clara, de estatura y contextura media. Aparenta buena salud física, aseo y arreglo personal adecuados. Su voz es gruesa y de tono bajo, el lenguaje es poco fluido, escueto, titubeante, repite algunas sílabas al hablar. Sus respuestas son pausadas, coherentes con su expresión facial. Es atento, tranquilo, colaborador. De contacto visual evasivo, se muestra lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona. El examinado vino acompañado por su madre quien lo trae por recomendación de su tutor escolar, desde un inicio se le observó motivado para la intervención.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

A. El Reforzamiento Positivo. Todo objeto, conducta o evento que, al acompañar una respuesta, incrementa la probabilidad de ocurrencia de esta, recibe el nombre de reforzador positivo. Esta técnica consolida las respuestas mediante las consecuencias. Los reforzadores pueden ser materiales como golosinas, sociales como caricias, de actividad como las basadas por el Principio de Premack, que para recibir la actividad preferida primero debe realizar la actividad que no es de su agrado. Los reforzadores asimismo pueden darse de forma inmediata o de forma demorada; pueden ser intrínsecos o extrínsecos. Para el uso de reforzadores, se puede establecer un programa o sistema de tratamiento tenemos: programa de refuerzo continuo, donde el reforzamiento se hace cada vez que se emite la respuesta deseada; programa de refuerzo intermitente, donde el reforzamiento se hace ocasionalmente lo que hace la respuesta más persistente, los programas de refuerzo de razón, donde se establece una frecuencia fija o variable para otorgar el reforzamiento (Kerman et al., 2015; Patiño, 2018).

B. La Retroalimentación. Es la información compartida acerca de nuestra reacción ante la conducta del otro. En un ensayo, es comentar los aspectos correctos, los aspectos que pueden mejorarse y la forma de cómo realizarlo, focalizándolo en una o dos habilidades para que pueda consolidarse el aprendizaje. La retroalimentación puede ser positiva y correctiva, es un reforzador social que fortalece una conducta o la debilita (García-Grau et al., 2019; Goldstein et al., 1989).

C. El Moldeamiento. Es un procedimiento ideado por Skinner, que consiste en reforzar inicialmente las conductas parecidas, a la conducta deseada, presentes en la persona para luego inducir la ejecución de nuevas conductas (Kerman et al., 2015). Este reforzamiento se realiza a las aproximaciones sucesivas que se dan a la conducta meta, para desarrollar repertorios de conducta que no están presentes en la persona tratada. Se puede moldear diferentes aspectos de la conducta final como la forma en que se maneja un instrumento, el

tiempo de ejecución de una actividad y su frecuencia y la fuerza necesaria para cumplir una tarea (Ruíz et al., 2012). Para ello, en primer lugar, se debe definir claramente la conducta meta, en segundo lugar, identificar el nivel de ejecución inicial que realiza la persona en relación con lo que va a aprender, en tercer lugar, seleccionar el reforzador a utilizarse, por último, se realiza un reforzamiento diferencial, es decir, se brindarán los reforzadores sólo cuando las conductas emitidas se acerquen a la conducta meta (Patiño, 2018).

D. *Instigación/Atenuación.* La instigación consiste en guiar las conductas que se quieren enseñar, mediante instrucciones verbales o gestos que emplean ejemplos, modelos, señalizaciones y direcciones, para facilitar que la respuesta que se busca generar se logre. Esta técnica se usa especialmente si sólo con el moldeamiento o el encadenamiento, no se logra aprender. Al retiro gradual de las ayudas o instigaciones empleadas durante el proceso de aprendizaje de una conducta, se conoce como desvanecimiento o atenuación (Ruíz et al., 2012; Goldstein et al. 1989).

E. *Autoinstrucciones.* Esta técnica formulada por Meichenbaum en 1969 permite al paciente acercarse a un objetivo mediante instrucciones formuladas por él mismo. Tenemos cinco fases: el modelamiento cognitivo, donde el terapeuta modela al paciente la forma de afrontar una situación en voz alta; la dirección externa abierta, donde el paciente repite el modelo efectuado por el terapeuta; autodirección abierta, en la que el paciente realiza una tarea, instruyéndose a sí mismo en voz alta; autodirección abierta-extenuada: donde el paciente se dice las instrucciones al momento de hacer la tarea pero en voz baja; y la autoinstrucción encubierta, donde el paciente realiza la tarea guiado por sus verbalizaciones privadas o interiorizadas (Mesa, 2018).

F. *La Técnica de Respiración.* Cuando nos encontramos en una situación de estrés, el diafragma se aprieta como una manera de prepararse para la huida o enfrentamiento y envía

el mensaje al cerebro de que hay “peligro”. Para modificar esta situación, se realiza la respiración diafragmática, la cual, ayuda al diafragma a estirarse y relajarse, además, disminuye la frecuencia respiratoria, los pasos son los siguientes:

- Colocar una mano sobre el abdomen y la otra sobre el pecho.
- Inhalar de forma lenta haciendo que la mano en el abdomen salga hacia afuera y la mano en el pecho se quede quieta.
- Exhalar profundamente, inhalar por la nariz durante tres latidos, exhalar por la nariz durante cuatro latidos, al lograrse comodidad, volver a inhalar durante cuatro latidos y exhalar durante cinco latidos.
- Practicar durante 5 a 10 minutos, mínimo tres veces al día, y cuando se sienta ansioso o tenso (Hayes y Hofmann, 2018).

G. *La Técnica de Relajación.* En 1920, Edmond Jacobson, desarrolló la técnica de relajación progresiva (PMR) para reducir la tensión que se presenta en los músculos motores que se activa por lo general, cuando se elevan nuestros niveles de estrés que tienen por objetivo la lucha o la huida. Los pasos son los siguientes:

- Apretar cada grupo muscular durante cinco a siete segundos.
- Soltar los músculos mientras se respira lenta y profundamente.
- Apretar las manos y brazos y luego soltarse y observar la diferencia en las sensaciones de tensión al apretar y de relajación al soltar.
- Continuar con los músculos del rostro: la frente ceñirla, los ojos apretarlos, apretar las mandíbulas, hacer una O con los labios.
- Girar la cabeza sobre el cuello hacia la derecha, hacia la izquierda, hacia adelante y hacia atrás, subir los hombros hasta las orejas y luego hacia abajo.
- Apretar el estómago, luego arquear la espalda.
- Apretar los glúteos y los muslos, estirar y tensar las piernas y los pies.

- Sentir el calor y pesadez de la relajación el cuerpo y respirar lentamente.
- También puede hacerse de una forma abreviada que se realiza en 5 minutos:
- Realizar la pose del hombre fuerte, apretando los puños, bíceps y antebrazos durante siete segundos luego repetir.
- Poner cara de nuez, al mismo tiempo apretar frente, ojos, mandíbulas, cuello y hombros, otros siete segundos, soltar y repetir.
- Girar la cabeza, como las agujas del reloj y después de forma invertida.
- Arquear la espalda.
- Realizar dos respiraciones diafragmáticas.
- Estirar las puntas de los pies hacia arriba y tensar, pantorrillas, muslos y glúteos.
- Pose de bailarina, estirando los dedos de los pies hacia abajo e igual tensar pantorrillas, muslos y glúteos, por siete segundos y relajarse.
- También existe una modalidad de relajación pasiva, donde no se usa la tensión, sólo se pide al paciente que escanee sus áreas de tensión, para luego solicitarle que realice la respiración diafragmática, al momento de exhalar se le pide que se relaje en cada área que detectó la tensión muscular (Hayes y Hofmann, 2018).

H. La Visualización. Esta técnica permite orientar la atención desde la sensación de estrés hacia las imágenes no amenazantes que aliviarán la tensión. La más utilizada es la visualización especial de Achterberg, Dossey y Kolkmeier y Siegel, que se inicia con solicitar a la persona que elija un lugar donde se sienta seguro y pacífico, puede ser también un recuerdo feliz de la infancia o si no existe un lugar real puede ser uno ideal; a continuación se pide que complemente con muchos detalles tanto visuales como auditivos y cinestésicos, al usar estas tres modalidades sensoriales se logra una imagen bastante impactante y más efectiva, continuar con ensayos de la visualización y hacer lecturas midiendo de cero a diez. Repetirlo dos veces al día, hasta lograr el dominio. Se practica junto a la respiración diafragmática y la relajación

pasiva (Hayes y Hofmann, 2018).

I. *Ensayo Conductual.* Caballo (2007) describe este procedimiento de la siguiente manera: el paciente representa una escena corta simulando una situación de su vida cotidiana, para ello primeramente describe la situación que contiene un problema específico y luego el paciente como actor principal actúa el papel, luego el terapeuta señala la conducta asertiva que puede insertarse para responder a esa situación específica, el paciente, sigue los pasos indicados y el terapeuta le recuerda mantenerse en el papel aprendido. Los ensayos se repiten las veces que sean necesario hasta que el paciente domine la habilidad entrenada (García-Grau et al., 2019).

J. *La Psicoeducación.* Consiste en brindar al paciente y a sus familiares la información referente al marco teórico de su problema actual, el tipo de intervención psicoterapéutica con el que se va a tratar el problema y el pronóstico de acuerdo con la práctica clínica, también se hace referencia al adiestramiento en las técnicas a aprenderse y a la consejería para hacer frente al problema presentado por el paciente (Linares, 2022; García-Grau et al., 2019).

K. *El Modelado.* Técnica propuesta por Bandura en 1988, que tiene como funciones: el aprendizaje de nuevos repertorios de conductas, habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, creencias, entre otras; la inhibición o promoción de determinadas conductas de acuerdo a las consecuencias observadas; incitar la imitación de conductas acordes a un contexto; motivar un hábito observando las consecuencias que le interesan al observador y cambiar la expresión emocional imitando a otras personas en hechos similares. Existen variaciones en el modelado como el pasivo, encubierto, etc. (Mesa, 2018; Caballo, 2007).

El proceso de modelado comprende tres fases: primero, la exposición, que es la observación de la conducta del modelo; segundo, la adquisición, referente a asegurar que el

observador esté atento a la conducta del modelo y la retenga; y tercero, la ejecución, que abarca cuatro tipos: la imitación específica en la que se imita una misma conducta del modelo, la imitación general, donde se adicionan otras conductas aparte de la modelada pero relacionadas, la contra imitación específica, en la que hace lo contrario a lo observado y la contra imitación general en la que el observador realiza también conductas contrarias pero diferentes al modelo.

L *Dramatización.* Sharon A. Bower propuso la técnica del guion dramatizado (DESC), que puede emplearse para entrenar la asertividad, así como, para adiestrar la solución de problemas en las relaciones interpersonales. Este modelo tiene los siguientes pasos: D (descripción), en el que se identifica la situación problema, se describe de la forma más detallada y se pide al paciente que la represente, E (expresión), momento en el que se busca que el paciente exprese todos los sentimientos asociados a la situación problema, S (especificación), en esta fase se aclara lo que se quiere cambiar en sí mismo o solicitando a otras personas, C (consecuencias), de acuerdo a lo trabajado en los pasos anteriores es lo que se busca mejorar. Se elabora el guion y se ejecuta la dramatización (González, 2019).

LL. *La Aserción Encubierta.* Es una técnica útil para reducir la ansiedad mediante la interrupción del pensamiento irracional y su sustitución por otro más racional. Para ello se explica que cuando se tome consciencia del pensamiento desadaptativo, se le detenga, usando la palabra “para” o “alto” o en todo caso realizando una conducta que lo ayude a cambiar su pensamiento, para luego reemplazarlo por un pensamiento más adaptativo. Los pasos serían los siguientes: el primer lugar, que el paciente identifique los pensamientos negativos; segundo, pedirle que visualice uno de esos pensamientos durante dos minutos y cuando se le observe inquieto gritar “alto”; tercero, que el paciente se levante de la silla y camine por unos 30 segundos para relajarse; cuarto, pedirle que visualice imágenes positivas; quinto, repetir los pasos si vuelve a aparecer el pensamiento desadaptativo (Mesa, 2018).

M. Exposición en vivo. Es una técnica que consiste en hacer frente al estímulo aversivo, pero de una forma gradual, basándose en el mecanismo de la habituación, que permite a las personas familiarizarse con el estímulo ansiógeno llegando a responder con una intensidad menor, se consigue un mejor efecto si se combina con la técnica de reestructuración cognitiva. El procedimiento empieza por exponerse directamente al estímulo, la ansiedad luego de aumentar se reduce. Si la ansiedad se eleva demasiado puede retirarse el estímulo, pero se permanece en el lugar para que no se dé la experiencia de escape, al disminuir la ansiedad se vuelve a exponer al estímulo. Además de la práctica, se asocian experiencias de autoafirmaciones positivas, respiración profunda, relajación, etc., y finalmente se repite todo (Kerman et al., 2015). Existen otras variantes como la Exposición simbólica, donde el contacto con la situación temida no es real sino mediante alguna representación mental (imaginación), informática (realidad virtual), auditiva (sonidos grabados), visual (fotografías, videos), táctil (juguete); se utiliza cuando el acceso a dicho estímulo temido no es posible y se diferencia de la desensibilización sistemática por no asociarse con técnicas de relajación.

N. La Desensibilización Sistemática. Es una técnica creada por Joseph Wolpe, para reducir la ansiedad, la cual postula que las personas aprenden a sentir ansiedad ante determinados estímulos como consecuencia de un proceso de condicionamiento clásico y que, por el mecanismo de generalización, se extiende a otros estímulos semejantes, por consiguiente, para eliminar la ansiedad se puede aplicar el contra condicionamiento, asociando al estímulo condicionado, una respuesta de relajación. Este nuevo aprendizaje sustituiría a la respuesta no deseada de ansiedad, ya que, bajo la teoría de la inhibición recíproca, una respuesta de ansiedad se inhibe con otra que es incompatible como la relajación, la conducta asertiva y la sexual. Para otros autores, lo que sucede es un mecanismo de tolerancia ante el estímulo ansiógeno. Para aplicarla es necesario que la persona organice la situación que le produce ansiedad, jerarquizándola en una escala de 10 ítems y que les asigne un valor de menor a mayor

potencial ansiógeno. Los ítems pueden poseer un contenido temático, es decir, según sus variables; pueden ser espacio-temporales, esto es, según la distancia o tiempo del evento temido; o la combinación de ambas. El siguiente paso es que la persona aprenda la relajación muscular profunda, para luego exponer gradualmente el estado relajado a las escenas ansiógenas de forma imaginaria, se puede eliminar las escenas ansiógenas o se puede introducir una escena de calma para mantener el estado relajado. Las sesiones duran de 15 a 30 minutos y el proceso puede durar de 8 a 10 sesiones, encadenando la última escena que no provocó ansiedad con la siguiente (Kerman et al., 2015; Wolpe, 1993).

Ñ. *Diario de autorregistros cognitivos.* Es una técnica para cambiar el pensamiento irracional. Beck, propuso el Registro diario de pensamientos distorsionados y lo dividió en seis columnas, las que contenían, primero, la fecha y hora; segundo, la situación, que es la actividad en la que se dieron lugar los pensamientos que generaron malestar a la persona; las emociones, que acompañan a los pensamientos y que tenían una medición de alta (10/10) a baja intensidad (0/10); los pensamientos automáticos, que son las ideas o imágenes que aparecen en la situación; la respuesta racional, es el resultado del debate socrático efectuado por la persona para modificar el pensamiento que le generó malestar y el grado de credibilidad que tiene de 0-10 (de poca a mucha credibilidad); y el resultado, que es la credibilidad (0-10) del pensamiento automático después del debate y la intensidad emocional (0-10) que ahora le produce el pensamiento automático (Patiño, 2018).

O. *Descubrimiento guiado.* Esta técnica también conocida como debate socrático, está basada en cuestionar el pensamiento automático mediante preguntas que ayuden a cambiar las cogniciones, de este modo, tenemos preguntas como: ¿Qué evidencia tienes a favor o en contra de los pensamientos que tienes?, ¿De qué otra manera podríamos pensar sobre esta situación?, ¿Qué consecuencias te trae pensar así?, ¿Qué ocurriría si se vuelve real?

Lo que se busca es que la persona reflexione sobre su forma usual de pensar, que comprenda que su forma de interpretar lo que le sucede es lo que le causa malestar y que sólo puede cambiar este malestar, modificando sus pensamientos (Patiño, 2018).

P. Tareas para casa. Esta técnica se asigna cuando el paciente cuenta o ha alcanzado un mínimo de competencia o habilidad para tener éxito en la actividad asignada, las tareas son programadas de menor a mayor dificultad con la finalidad de lograr la generalización de la conducta aprendida a situaciones diferentes a la sesión terapéutica. Se busca que el paciente intente practicar en la vida real lo que ha aprendido durante las sesiones (Ruíz et al., 2012; Goldstein et al., 1989).

2.5.2. Instrumentos

1. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

Ficha Técnica:

Nombre	:	Escala de Habilidades Sociales
Autor	:	Arnold Goldstein
Adaptación	:	Ambrosio Tomas (1995)
Administración:		Individual y colectiva
Tiempo	:	15 a 20 minutos aproximadamente
Edad	:	12 años en adelante
Significación	:	Indica habilidades sociales en déficit en niños del primer ciclo educativo, pudiéndose ampliar a grupos de mayor edad.
Ítems	:	50 preguntas distribuidas en seis dimensiones: habilidades básicas, avanzadas, alternativas a la agresión, de planificación, para manejar los sentimientos y para hacer frente al estrés.
Calificación	:	Cada ítem tiene un valor del 1 al 5. Se obtiene el puntaje por áreas. 250 puntos como máximo y 0 puntos como mínimo.

Tipificación :	Normas Percentilares
Interpretación :	<p>Pc 5 – 15 – Deficiente nivel de HHSS</p> <p>Pc 20 – 35 – Bajo nivel de HHSS</p> <p>Pc 40 – 60 – Normal nivel de HHSS</p> <p>Pc 65 – 80 – Buen nivel de HHSS</p> <p>Pc 85 – 95 – Excelente nivel de HHSS</p>
Baremos :	<p>Delgado (2020) elaboró normas estandarizadas considerando como parámetros de medida los estadísticos de tendencia central como media, desviación estándar y rangos. Población de varones y mujeres, estudiantes del nivel de secundaria de Lima.</p>
Validez :	<p>Delgado (2020) aplicó la V de Aiken y la opinión de 10 jueces expertos y evidenció que los 50 ítems del instrumento presentan un alto dominio en la medición de las habilidades sociales.</p>
Confiabilidad :	<p>Delgado (2020) aplicó el Coeficiente Alpha de Cronbach y el Coeficiente de Homogeneidad ítem total elemento mediante la r de Pearson y encontró un resultado altamente significativo $p < 0.001$, evidenciando el alto poder discriminante en la evaluación de las HHSS. Los ítems 14, 20 y 21, tienen una discriminación más baja pero no alteran la consistencia interna, $r = 0,926$.</p>

Tabla 1*Dimensiones de la Escala de Habilidades de Goldstein*

N°	Dimensiones	Ítems
1	Habilidades sociales básicas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

2	Habilidades sociales avanzadas	9, 10, 11, 12, 13, 14.
3	Habilidades relacionadas con los sentimientos	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.
4	Habilidades alternativas a la agresión	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.
5	Habilidades para hacer frente al estrés	31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42.
6	Habilidades de planificación	43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50.

2. Inventario de Pensamientos Automáticos IPA

Ficha Técnica:

Nombre	:	Inventario de pensamientos automáticos
Autor	:	Ruíz y Lujan (1991)
Administración	:	Individual, colectiva y autoaplicable
Tiempo	:	40 a 45 minutos aproximadamente
Edad	:	Adolescentes de 14 a 17 años
Significación	:	Distorsiones cognitivas presentes en la persona
Ítems	:	45 preguntas
Calificación	:	Se evalúan 15 DS, 3 ítems por DS y puntaje (0 – 3)
Tipificación	:	Escala Centilar
Interpretación	:	General: 0-45 (Bajo)/46-90 (Medio)/91-135 (Alto)
		0-3 – Categoría baja
		4-6 – Categoría media
		7-9 – Categoría alta
Baremos	:	Naranjo (2020) normalizó los datos para adolescentes.
Confiabilidad	:	Villarrubia (2019) aplicó el coeficiente alfa de

Cronbach. Los resultados presentados señalan que el

IPA, presenta un índice de confiabilidad de 0,956.

Validez : Villarrubia (2019) aplicó el Análisis de validez Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy KMO y el Bartlett's Test of Sphericity. Los resultados indican que el IPA tiene un índice de validez mayor a 0,70.

Tabla 2

Dimensiones del Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Nº	Dimensiones	Ítems
1	Filtraje	1, 16, 31.
2	Pensamiento polarizado	2, 17, 32.
3	Sobre generalización	3, 18, 33.
4	Interpretación del pensamiento	4, 19, 34.
5	Visión catastrófica	5, 20, 35.
6	Personalización	6, 21, 36.
7	Falacia de control	7, 22, 37.
8	Falacia de la justicia	8, 23, 38.
9	Razonamiento emocional	9, 24, 39.
10	Falacia de cambio	10, 25, 40.
11	Etiquetaje	11, 26, 41.
12	Culpabilidad	12, 27, 42.
13	Debería	13, 28, 43.
14	Tener razón	14, 29, 44.
15	Falacia de recompensa divina	15, 30, 45.

3. **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: STAIC**

Ficha Técnica:

Nombre	:	Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo STAIC
Autor	:	Charles Spielberger (1973)
Adaptación	:	Sección de Estudios de TEA Ediciones, Madrid (1989)
Administración:		Individual y colectiva
Tiempo	:	15 a 20 minutos aproximadamente
Edad	:	Niños y Adolescentes de 9 a 15 años
Significación	:	Mide el factor de la ansiedad de dos tipos: <i>Ansiedad estado (A/E)</i> que aprecia los estados transitorios de ansiedad, es decir, los sentimientos de preocupación, tensión y aprensión que varía en intensidad. <i>Ansiedad rasgo (A/R)</i> que evalúa la tendencia o propensión a mostrar estados estables de ansiedad y una gama más amplia de situaciones amenazadoras.
Ítems	:	40 ítems: 20 ítems para A/E y 20 ítems para A/R
Calificación	:	Cada ítem tiene un valor del 0 al 3. Cada sub escala tiene una puntuación máxima de 60 puntos.
Tipificación	:	Percentiles
Interpretación	:	1 - 25 - Nivel bajo 30 - 70 - Nivel promedio 75 – 100 - Nivel alto
Baremos	:	Quevedo (2020) Obtuvo puntajes percentilares para escolares varones y mujeres entre 12 y 15 años.
Confiabilidad	:	Quevedo (2020) aplicó el Coeficiente Omega de Mc Donald,

encontrando buena consistencia con puntajes entre 0,859 y 0,909.

Validez : Quevedo (2020) obtuvo un índice de 1.00 con una significancia de 0.008 mediante la evaluación de 7 jueces expertos y haciendo uso de la V de Aiken, determinando una buena validez de contenido. Mediante el método de dominio total, obtuvo una correlación de 0,867 y 0,874, lo que es significativo de buena validez convergente. El coeficiente KMO arrojó un total de 0,892 y en la prueba Barlett un puntaje de 0,001, significando una buena validez de constructo.

Tabla 3

Dimensiones del Inventario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (STAIC)

N°	Dimensiones	Ítems
1	Ansiedad Estado	1 al 20.
2	Ansiedad Rasgo	21 a 40.

4. Inventario de Autoestima – Forma Escolar de Stanley Coopersmith

Ficha Técnica:

Nombre : Inventario de Autoestima. Versión Escolar (SEI)

Autor : Stanley Coopersmith (1967)

Adaptación : Espinoza (2015)

Administración: Individual y colectiva

Tiempo : 30 minutos aproximadamente

Edad : Niños y Adolescentes de 8 a 15 años

Significación : Mide las actitudes valorativas hacia sí mismo en las áreas

académica, social, familiar y personal:

Sí mismo general: Se refiere a las actitudes que presenta el sujeto frente a su autopercepción y el valor que le da a sus características físicas y psicológicas.

Social – Pares: Se refiere a las actitudes del sujeto en el medio social referente a sus compañeros o amigos.

Hogar – Padres: Se refiere a las actitudes en el medio familiar con relación a la convivencia con sus padres.

Escuela: Se refiere a las vivencias dentro de la escuela y sus expectativas /satisfacción en el rendimiento escolar.

Ítems	:	58 ítems: 08 ítems perteneces a la Escala de Mentiras
Calificación	:	La Escala de mentiras invalida la prueba si es un puntaje superior a cuatro. Cada ítem se responde en términos de verdadero /falso. Cada ítem vale 2 puntos.
Interpretación	:	<p>Para la Escala en General: Abendaño (2018)</p> <p>Pc 1 – 25 Baja Autoestima</p> <p>Pc 30 - 70 Autoestima Promedio</p> <p>Pc 75 - 99 Alta Autoestima</p> <p>Por Sub Escalas: Arbulú (2020)</p> <p><i>Sí mismo general</i>: $> 0 = 23$ Muy Alta / $21 - 22$ Alta / $6 - 20$ Normal / $15 - 12$ Baja / $= 0 < 11$ Muy Baja</p> <p><i>Escolar</i>: $> 0 = 7$ Muy Alta / 6 Alta / $4 - 5$ Normal / $2 - 3$ Baja / $= 0 < 1$ Muy Baja</p> <p><i>Familiar</i>: $> 0 = 7$ Muy Alta / 6 Alta / 5 Normal / $3 - 4$ Baja / $= 0 < 2$ Muy Baja</p>

Social: 8 Muy Alta / 7 Alta / 5 - 6 Normal / 4 Baja / = o < 3

Muy Baja

- Baremos : Abendaño (2018) obtuvo baremos de estudiantes varones y mujeres del nivel secundario de Lima.
- Confiabilidad : Abendaño (2018) aplicó el análisis de ítems y obtuvo un índice significativo entre 0,309 y 0,493. El coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0,587, indica consistencia interna. El test – retest comprobó una confiabilidad significativa de $r = -102$.
- Validez : Abendaño (2018) obtuvo un índice KMO de 0,860 y prueba Barlett con $p < 0,001$ que estable la validez de constructo. Mediante la V de Aiken y la evaluación de 10 jueces, se obtuvo un coeficiente entre 0,80 y 1,00 confirmando la validez de contenido. La correlación rho de Spearman fue de $r = 0,125$ lo que confirma la validez externa o concurrente. La prueba KMO obtuvo un nivel mínimo de 0,860, estableciendo su validez de constructo, confirmado por la prueba de esfereicidad de Barlett y el análisis factorial VARIMAX.

Tabla 4

Dimensiones del Inventario de Autoestima de Coopersmith versión escolar

N°	Dimensiones	Ítems
1	Sí mismo general	1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57.

2	Social Pares	5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52.
3	Hogar Padres	6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44.
4	Escuela	2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54.
5	Escala de Mentiras	26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58.

5. Autorregistro Diario Personal

Día y hora	¿Qué sucedió? ¿dónde? ¿con quién?	¿Cómo me sentí? ¿qué pensé? ¿qué hice?	¿Qué sucedió después?
		Respuestas Emocionales: Respuestas Fisiológicas: Respuestas Cognitivas: Respuestas Motoras:	

6. Registro de Debate de Pensamientos

Día y hora	Pensamientos SUDs (0 – 10)	Evidencia a favor	Evidencia en contra	Pensamiento equilibrado SUDs (0 – 10)

7. Registro de Entrenamiento de Regulación Emocional

Fecha/ Hora de Inicio y de Término	Pensamientos	Emociones	Técnica practicada	Nivel de relax SUDs (0-10)

8. Registro de Miedos y Exposición (Burns, 2012)

Fecha	Tiempo de exposición	Ansiedad inicial (0-10)	Ansiedad final (0 – 10)	Pensamientos

9. Ficha de Evaluación del Juego de Roles (Kelly, 2002)

Nombre.....

Fecha.....

Tipo de interacción.....

Descripción de la escena de juego de roles.....

Componentes Conductuales:

1. Contacto visual

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nunca estableció contacto visual

Contacto visual constante

2. Afecto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ausente o frío

Cálido, cordial

3. Volumen de la voz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Caso inaudible

Volumen apropiado, claro

4. Comentarios de elogio/aprecio

Presente_____

Ausente_____

5. Expresión de sentimientos/emociones personales

Presente_____ Ausente_____

6. Conducta positiva recíproca

Presente_____ Ausente_____

7. Duración de las intervenciones

_____ segundos

8. Otros componentes evaluados:

Descripción de la conducta:

2.5.3. Evaluación Psicológica

A. Historia psicológica. La intervención psicoterapéutica se inició a solicitud del examinado y su madre. En la entrevista inicial se pudo recoger la información referente a su problemática actual.

B. Problema actual. Se describen las seis áreas más problemáticas:

a) Joseph, cuando conoce a una persona nueva, piensa “no sé de qué hablar”, experimenta ansiedad (10), vergüenza (9), cólera (8). Inmediatamente piensa “Mejor que hable él primero porque no sé qué decir”, “No soy interesante”, optando por bajar la mirada y quedarse callado, acompañado de sudoración palmar, temblor de piernas, nudo en la garganta, escalofrío y tartamudeo. Cuando la persona que recién conoce empieza la conversación, responde, pero cuando no sabe qué más decir, vuelve a sentirse frustrado (6), piensa “¿Qué más puedo decir?”, “No se me viene ninguna idea”, al despedirse sus síntomas van desapareciendo poco a poco, experimentando alivio al reducirse su nivel de ansiedad, vergüenza y cólera, desaparecen los síntomas fisiológicos, entonces piensa “No pude empezar a hablar, nunca me sale que más decir porque no tengo algo para contar”. Esto sucede cada vez que Joseph conoce a alguien nuevo.

b) Cuando Joseph, se encuentra casualmente con dos personas que no se conocen

entre ellas, piensa “a lo mejor si las presento se incomodan, mejor no lo hago”, experimenta temor (5). Inmediatamente piensa “No voy a incomodarlas”, optando por evitar presentarlas y habla con cada una de ellas por separado. Algo similar sucede cuando no conoce a alguien, no se presenta, se siente temeroso (7), piensa “no se si le interesa conocerme”. Cuando los amigos no le hablan, se siente sereno. Esto sucede cada vez que Joseph se reúne con amigos que no se conocen.

c) Cuando Joseph está en la escuela y el profesor pide que pregunten sobre el tema, él piensa “no sé qué preguntar”, “entendí todo”, “si pregunto algo se pueden reír de mi pregunta”, experimenta miedo (6), vergüenza (7), luego cuando el profesor ordena trabajar en grupo, piensa “no me gustan los grupos”, experimenta frustración (8) y cólera (9). Inmediatamente piensa “No es bueno trabajar en grupo, es tóxico”, optando por esperar a que le digan qué hacer, acompañado de tensión muscular. Cuando los compañeros de grupo le dicen lo que debe hacer y terminan la tarea, sus síntomas desaparecen, experimentando alivio al reducirse su nivel de frustración y cólera, desaparece la tensión muscular, entonces piensa “Realmente es un fastidio trabajar en grupo”. Esta conducta se presenta en clases.

d) Cuando a Joseph le pasa un problema y alguien se le acerca para preguntarle sobre su estado de ánimo, piensa “si empiezo a hablar se darán cuenta de lo que siento”, experimenta miedo (8), ansiedad (6), tristeza (6) y cólera (1). Inmediatamente piensa “Deja de preguntar eso por favor”, “Se reirá de mí y voy a sentirme peor”, optando por responder con preguntas para no decir lo que siente hasta que la otra persona se canse, acompañado de tensión muscular, sudoración palmar y sensación de vacío en el estómago. Cuando dejan de preguntarle, sus síntomas desaparecen, sintiendo alivio al disminuir su nivel de ansiedad, tristeza, miedo y cólera, desaparece la tensión muscular, la sudoración palmar y la sensación de vacío en el estómago, entonces piensa “Yo sé que más adelante me irá mejor”. Esta conducta ocurre cada vez que alguien le pregunta a Joseph sobre su ánimo.

e) Cuando en el colegio, se cae y se le rompe el uniforme, piensa “se reirán de mí”, experimenta ansiedad (9), vergüenza (10) enojo (9), impotencia (10). Cuando algunos compañeros le bromean y se ríen sobre lo que le ha sucedido, piensa “Se ríen de mí como siempre” “soy su payaso”, optando por sonreír avergonzado y bajar la mirada, acompañado de ruborización, sudoración palmar y aceleración del ritmo cardíaco. Cuando los compañeros dejan de reírse, sus síntomas disminuyen lentamente, sintiendo alivio al disminuir su nivel de ansiedad y vergüenza, desaparece la ruborización, la sudoración palmar y la aceleración del ritmo cardíaco, entonces piensa “Mientras este en esta escuela me seguirá pasando esto”. Esta conducta se presenta cada vez que Joseph pasa por un hecho vergonzoso.

f) Cuando Joseph obtiene una buena calificación y le asignan nuevas responsabilidades, piensa “ahora van a querer que represente al aula y no quiero formar parte de nada, experimenta ansiedad (7), temor (8) y enojo (9). De inmediato piensa “A mí las cosas me salen mal”, “Si les fallo me reclamarán”, optando por rechazar representar al aula o asumir nuevas responsabilidades, acompañado de tensión muscular y sudoración palmar. Cuando el profesor no lo selecciona, sus síntomas desaparecen, experimentando alivio al disminuir sus niveles de ansiedad, temor y enojo, desaparece la tensión muscular y la sudoración palmar, entonces piensa “Prefiero seguir pasando desapercibido y no defraudarlos”. Esto sucede cada vez que Joseph recibe nuevas responsabilidades.

C. *Desarrollo cronológico del problema.* Se describe por edad:

A la edad de 8 años, cuando empezó a estudiar en un nuevo colegio, los niños de su salón gritaban tanto y tan fuerte, que se ponía nervioso, prefería no acercarse a ellos y estar callado para que no le griten también. Los compañeros eran los que le hablaban y le decían lo que debía hacer, él se dejaba guiar y temía contrariarlos.

A la edad de 09 años, cuando la profesora le mandaba a hacer trabajos grupales, los compañeros con voz más fuerte eran los líderes, él trataba de decir sus ideas, pero no lo

escuchaban, así que optaba por quedarse callado, sólo le decían que bote la basura, él pensaba “me usan de sirviente” pero para evitar problemas lo hacía sin decir nada.

A la edad de 10 años, cuando retornó a su colegio anterior, sus amigos a los que extrañaba ya no lo recordaban, eso lo entristeció, cuando le sucedía algo malo, se le salían las lágrimas, sus compañeros se reían burlándose de él porque lloraba, se decía que mostrar los sentimientos era una vergüenza, empezó a contenerse y retraerse para no pasar malos ratos. Cuando fue escogido para representar a su colegio en un concurso y no ganar, sus compañeros le dijeron sentirse defraudados y se sintió mal, pensó que no merecía ser seleccionado otra vez, pues todo lo que hacía, le salía mal.

A la edad de 11 años, al jugar, su pantalón de colegio se rompió por toda la zona de la entrepierna, enseguida sus compañeros empezaron a reír, él recuerda haberse puesto rojo y que no podía moverse, tenía ganas de llorar, pero pensaba que no debía hacerlo porque se burlarían más, solo escuchaba las risas, ese día se sintió muy avergonzado.

A la edad de 12 años, cuando estudió Tae Kwon Do, le resultó difícil seguir los pasos, se sentía muy tieso y olvidaba las secuencias. Su entrenador no lo seleccionó para hacer la demostración, sólo se quedó parado mirando a los demás, pensó que no era bueno para el deporte y se sintió triste.

A la edad de 13 años, fue cambiado de escuela, observaba cómo los demás compañeros se conocían entre ellos y conversaban de sus experiencias pasadas y él no tenía nada que contar, se apartaba y dormía en el aula. Su interés por los videojuegos, la edición de videos y por entablar amistades por internet. Joseph no salía de casa, sólo se relacionaba con su familia y con algunos amigos de su colegio anterior, mediante las redes sociales.

A la edad de 14 años, se interesó en una alumna de otro grado anterior y fue con la única que podía conversar, le agradaba esta chica y cuando se atrevió a decírselo, ella le mencionó no estar interesada en tener enamorados y se alejó de él. Para Joseph fue muy triste

porque se sintió rechazado, se culpó por expresar sus sentimientos. El profesor llamó a su mamá debido a su poca participación en clases.

D. Historia personal. Entre los acontecimientos destacados, tenemos:

a) Desarrollo inicial: El Embarazo no fue planificado. El parto fue normal. Al año, sus padres se separaron, lo que deprimió a la madre. Entre los 2 y 3 años, era un niño muy inquieto. La adquisición del repertorio verbal fue lenta, tuvo rotacismo hasta los 6 años.

b) Conductas inadecuadas más resaltantes de la infancia: Entre los 2 y 3 años, no se mantenía mucho tiempo sentado, se arrastraba por debajo de las sillas o mesas, se distraía jugando solo y tirándose al piso. A partir de los 6 años comenzó a morderse las uñas. Desde los 8 años mostró titubeo al hablar.

c) Actitudes de la familia frente al niño: Los abuelos y la madre lo consintieron y sobreprotegeron hasta los 2 años, eran de adivinar y anticiparse a lo que quería o bastaba que lo señale para que se lo den, no estimulaban el lenguaje. Desde los 3 años, la familia empezó a corregirlo hablándole sobre la manera que debía portarse, la mamá lo castigaba dejando sus zapatos o juguetes en la calle.

d) Educación: Empezó a asistir al Nido a los 2 años, estudió en un colegio con pocos alumnos hasta los 5 años. El primer grado de primaria lo estudió en otro colegio, donde le costó adaptarse a las normas escolares. Demoraba en copiar, le ponían anotaciones en la agenda y el cuaderno por jugar o no terminar las tareas. La madre comenzó a aplicarle castigos verbales y físicos, Joseph lloraba y se sentía culpable de enojar a su mamá.

Del 3er a 4to. Grado, estudió en un colegio estatal, le costó la adaptación porque eran más alumnos y la mayoría mostraba mal comportamiento, algunos lo golpeaban en sus juegos. Cuando se equivocaba, sus compañeros se burlaban y la profesora sólo le decía que se defendiera. Sus profesores le decían que, si no atendía la clase, no le explicarían nuevamente, por lo que ya no pedía ayuda. Del 5to. Grado al 1ro de Secundaria, estudió en su colegio

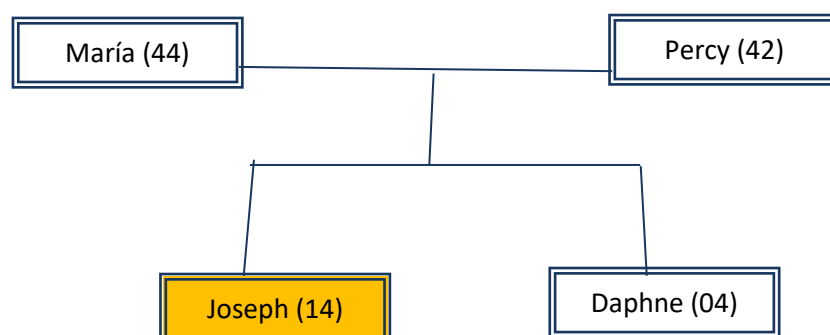
anterior y se mantuvo como un alumno promedio. Desde el 2do Secundaria, estudia en su actual colegio, no ha logrado entablar amistades y es un alumno poco participativo en clase.

E. Historia familiar. En cuanto al área familiar tenemos:

- Estructura Familiar. Procede de una familia reconstituida.

Figura 1

Estructura Familiar



- Relaciones familiares. La relación con su madre se caracteriza por ser de consentimiento, pero es exigente con las tareas escolares, es quien le aplica los castigos como dejarlo sin la computadora. Es reservada, ansiosa y susceptible.

La relación entre Joseph y su padrastro es de respeto, se tratan amablemente, aunque no conversan de temas personales. Percy es reservado, protector y amable.

La relación con su hermana es de cariño y de juego, es protector con ella y la trata con condescendencia, comparten juegos, ríen y se fastidian. Su hermana es comunicativa, sociable y alegre. La relación de Joseph con sus abuelos y su tío maternos es de mucha confianza, les cuenta cosas que incluso no le cuenta a su mamá. Siempre lo visitan y lo aconsejan. La abuela es comunicativa y cariñosa, el abuelo es reservado y renegón, el tío es pasivo y parsimonioso. La relación de Joseph con su padre es distante, entiende que él tiene otra familia y vive en otra ciudad. Fernando es práctico y enérgico.

- Datos Familiares. Los padres se separaron cuando Joseph tenía un año. El padre

viene a visitarlo una vez cada dos o tres años, su comunicación eventualmente es por correo electrónico. El padre vive en provincia y tiene otra familia. Joseph vivió con su mamá, su tío y sus abuelos hasta los 9 años, época en la que la madre conoce a su actual pareja y se van a vivir con él y su hermana menor. La familia no tiene actividades en conjunto, se apoyan y conversan lo necesario.

2.5.4. Evaluación psicométrica

1. Informe psicológico de la Escala de habilidades sociales de Goldstein

Datos Generales

Apellidos y Nombres : F. C., Joseph
 Edad : 14 años
 Grado de Instrucción : 2° de Secundaria
 Fecha de Evaluación : 10 – 10 – 2018
 Examinadora : Psic. Carmen Conde

Motivo de Evaluación. Conocer el perfil de las habilidades sociales que presenta.

Prueba Aplicada. Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

Resultados. El examinado ha obtenido un puntaje total de 132 que lo ubica en el Pc 5, lo que lo señala que presenta un Deficiente nivel de Habilidades Sociales.

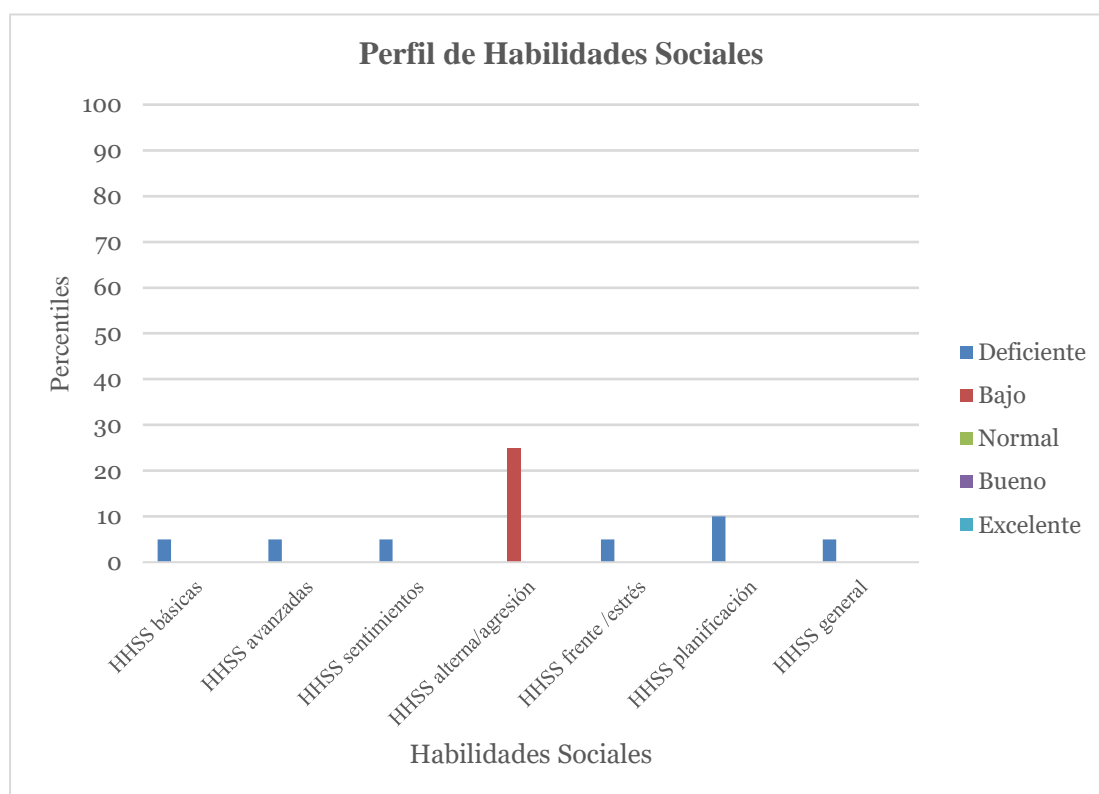
En la dimensión de habilidades básicas presenta un puntaje de 18 que lo ubica en el Pc 5 (deficiente), indicando que se le dificulta iniciar y mantener una conversación, formular una pregunta, presentarse y presentar a otras personas. En la dimensión de las habilidades avanzadas, obtiene un puntaje de 14 que lo ubica en el Pc 5 (deficiente), señalando que se le dificulta pedir ayuda, participar y convencer a los demás. En la dimensión de las habilidades relacionadas a los sentimientos, consigue una puntuación de 16 que lo ubica en un Pc 5 (deficiente), lo que indica que se le dificulta expresar los sentimientos, enfrentarse con el enfado de otro y resolver el miedo. En la dimensión de las habilidades alternativas a la agresión,

logra un puntaje de 28, que lo ubica en el Pc 25 (Bajo), que significa que se le dificulta negociar, empezar el autocontrol, defender los propios derechos y responder a las bromas.

En la dimensión de las habilidades para hacer frente al estrés, consigue un puntaje de 32, que lo ubica en el Pc 5 (deficiente), implicando que se le dificulta formular y responder a una queja, resolver la vergüenza, responder al fracaso y a una acusación, prepararse para una conversación difícil y hacer frente a las presiones del grupo. En la dimensión de las habilidades de planificación, logra un puntaje de 24, que lo ubica en un Pc 10 (deficiente), señalando que se le dificulta tomar iniciativa, establecer un objetivo, determinar sus propias habilidades, resolver los problemas según su importancia y discernir sobre la causa de un problema.

Figura 2

Perfil de Habilidades Sociales



Nota. Según Escala de HH SS de Goldstein. Baremos de Delgado (2020)

Conclusiones. El examinado presenta déficit general de sus habilidades sociales

Recomendaciones. Entrenar las habilidades sociales bajo el enfoque cognitivo conductual.

2. Informe Psicológico del Inventario de Pensamientos Automáticos

Datos Generales

Apellidos y Nombres : F. C., Joseph
 Edad : 14 años
 Grado de Instrucción : 2° de Secundaria
 Fecha de Evaluación : 10 – 10 – 2018
 Examinadora : Psic. Carmen Conde

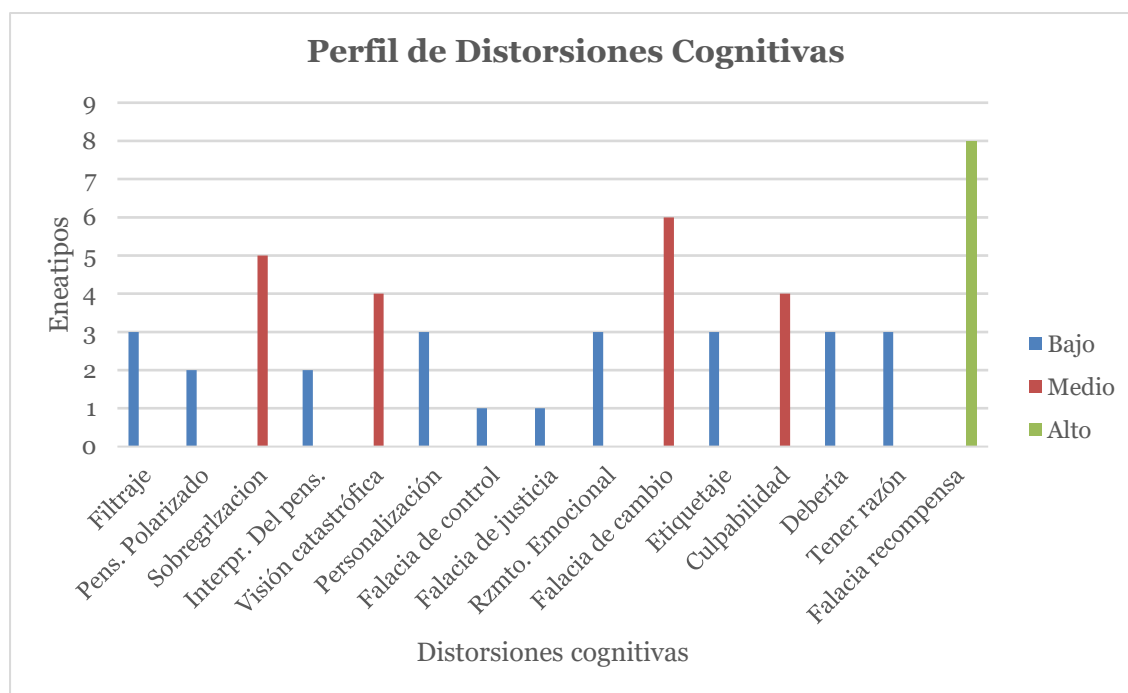
Motivo de Evaluación. Conocer las distorsiones cognitivas que presenta.

Prueba Aplicada. Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruíz y Luján.

Resultados. El examinado presenta un puntaje de 51 que lo ubica en un nivel moderado de pensamientos distorsionados. En un nivel alto, se ubica la distorsión: falacia de la recompensa divina y en niveles moderados se ubican las distorsiones: de Sobregeneralización, visión catastrófica, falacia de cambio y la culpabilidad. Por la falacia de recompensa divina, piensa: “Yo sé que más adelante me irá mejor”. Por la Sobregeneralización piensa: “No soy bueno para los deportes”. Por la visión catastrófica piensa: “Trabajar en grupo es tóxico”, “Si pregunto se reirán”. Por la culpabilidad piensa: “Si les fallo me reclamarán”. Por la falacia de cambio piensa: “Mientras este en esta escuela me seguirá pasando esto”. Tenemos el siguiente perfil:

Figura 3

Perfil de Distorsiones Cognitivas



Nota. Según IPA de Ruiz y Lujan. Baremos de Naranjo (2020)

Conclusiones. El examinado presenta un moderado nivel de distorsiones cognitivas.

Recomendaciones. Realizar una intervención psicoterapéutica aplicando técnicas de reestructuración cognitiva para disminuir las distorsiones en el pensamiento.

3. Informe Psicológico del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: STAIC

Datos Generales

Apellidos y Nombres : F. C., Joseph

Edad : 14 años

Grado de Instrucción : 2° de Secundaria

Fecha de Evaluación : 17 – 10 – 2018

Examinadora : Psic. Carmen Conde

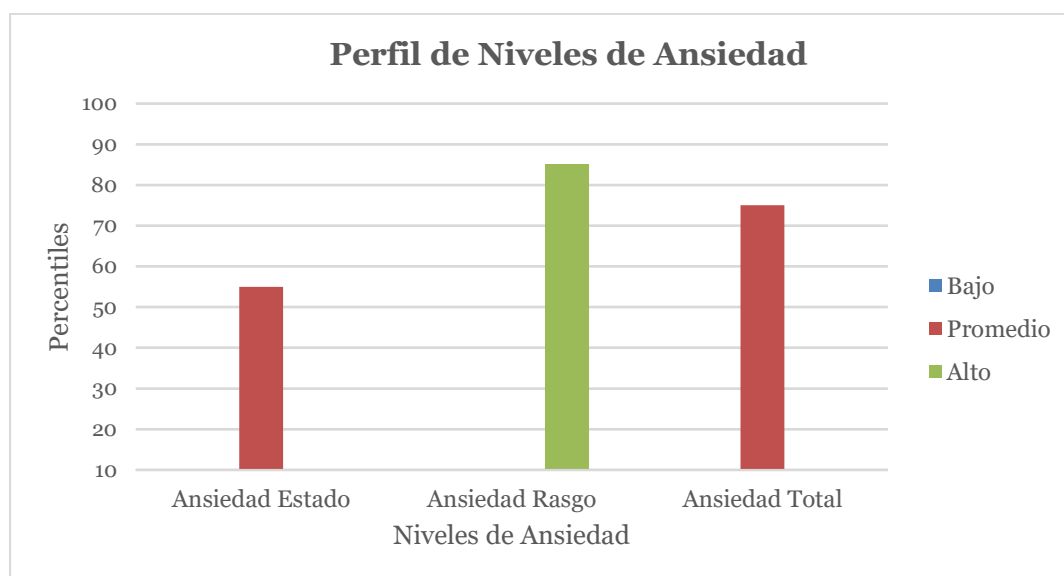
Motivo de Evaluación. Conocer el nivel de ansiedad.

Prueba Aplicada. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: STAIC

Resultados. El examinado presenta un puntaje de 75 que corresponde al Pc 75 que lo ubica en un nivel promedio de ansiedad total. En relación al área de ansiedad estado, obtiene un puntaje de 31 correspondiente al Pc 55 que lo ubica en un nivel promedio, indicando que presenta estados transitorios de moderada ansiedad, que se manifiesta con sentimientos de preocupación, tensión y aprensión. En relación al área de ansiedad rasgo, obtiene un puntaje de 44 correspondiente al Pc 85 que lo ubica en un nivel alto, determinando su tendencia o propensión a mostrar altos estados estables de ansiedad y en una gama más amplia de situaciones. Tenemos el siguiente perfil:

Figura 4

Perfil de niveles de ansiedad estado-rasgo



Nota. Según el Inventario STAI-C. Baremos de Quevedo (2020)

Conclusiones. El examinado presenta niveles de ansiedad moderados a nivel estado y rasgo.

Recomendaciones. Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación, de visualización y de desensibilización sistemática para la regulación emocional.

4. Informe Psicológico del Inventario de Autoestima de Coopersmith

Datos Generales

Apellidos y Nombres : F. C., Joseph
 Edad : 14 años
 Grado de Instrucción : 2° de Secundaria
 Fecha de Evaluación : 17 – 10 – 2018
 Examinadora : Psic. Carmen Conde

Motivo de Evaluación. Conocer el nivel de autoestima.

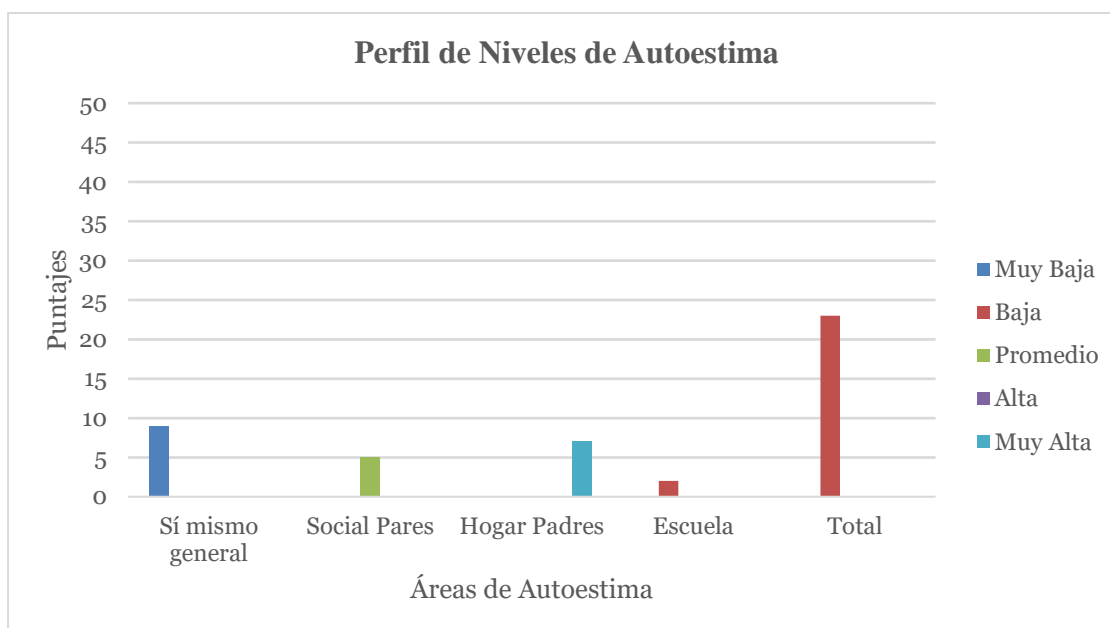
Prueba Aplicada. Inventario de Autoestima de Coopersmith – Versión escolar (SEI)

Resultados. El examinado presenta un Puntaje Total de 23 que lo ubica en un nivel de autoestima general Baja. Los resultados en la Escala de mentiras validaron el test aplicado.

En el Subtest de Sí mismo General, obtuvo un puntaje de 9, que lo ubica en un nivel muy bajo, lo que evidencia el escaso valor que le da a sus características físicas y psicológicas y en general, a sí mismo. En el Subtest de Social Pares, obtuvo un puntaje de 5, que lo ubica en un nivel promedio, lo que indica una apropiada actitud hacia sus compañeros o amigos. En el Subtest de Hogar Padres, obtuvo un puntaje de 7, que lo ubica en un nivel muy alto, señalando una buena relación de convivencia con sus padres. En el Subtest de Escuela, obtuvo un puntaje de 2, que lo ubica en un nivel bajo, lo que evidencia su baja satisfacción en el rendimiento escolar y en las vivencias que tiene dentro de la escuela. Tenemos el siguiente perfil:

Figura 5

Perfil de niveles de autoestima



Nota. Según el Inventario de Coopersmith. Baremos de Arbulú (2020)

Conclusiones. El examinado presenta un bajo nivel de autoestima general.

Recomendaciones. Entrenar en reestructuración cognitiva, regulación emocional y habilidades sociales.

2.5.5. Informe Psicológico Integrador

Datos Generales

Apellidos y Nombres : F. C., Joseph

Edad : 14 años

Grado de Instrucción : 2° de Secundaria

Fecha de Evaluación : 03, 10 y 17 – 10 – 2018

Fecha de Informe : 24 – 10 – 2018

Examinadora : Psic. Carmen Conde

Motivo de Consulta.

La madre refiere “Mi hijo mira al suelo cuando se le conversa, cuando se le reclama algo, no contesta o si lo hace se pone nervioso y tartamudea al hablar, habla bajo y es lento para responder. No participa de las actividades extracurriculares ni sale con sus compañeros de

colegio pues dice que no son sus amigos. El tutor me ha dicho que no participa en clase, no pide ayuda cuando no entiende y no se defiende cuando sus compañeros lo fastidian.”

El examinado refiere “Tengo la mala costumbre de no mirar a los ojos cuando converso, para mí es una pérdida de tiempo ir a los talleres del colegio, no me gustan las reuniones de mis compañeros porque son molestos y quieren obligarme a hacer lo que no quiero, por vergüenza no participo en clase y no me gusta preguntar cuando no entiendo”.

Pruebas Aplicadas

- Inventario de Autoestima de Coopersmith – Versión escolar (SEI)
- Escala de Habilidades Sociales de Goldstein
- Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruíz y Luján.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: STAIC

Análisis e Interpretación de Resultados. El examinado presenta rasgos de inhibición social e hipersensibilidad a la evaluación negativa por parte de los demás. Muestra un deficiente desarrollo de las habilidades sociales acompañado de creencias irracionales con respecto a sus experiencias y las actitudes de los demás, que lo condicionan a sentir temor de ser humillado o rechazado, especialmente, por sus compañeros de la escuela y profesores como consecuencia de sus errores, esta visión adversa de su medio social eleva sus niveles de ansiedad y le dificulta la regulación emocional, llegando a presentar sintomatología psicofisiológica. El miedo a la desaprobación o pasar por incidentes desafortunados, perturba el concepto que tiene de sí mismo en función a sus bajas competencias sociales para resolver los problemas que se le presentan, por lo que opta evitar las situaciones sociales para no afrontar sus síntomas de ansiedad y la crítica de los demás, mostrando inhabilidad social.

Presunción diagnóstica tradicional. El examinado de 14 años presenta habilidades sociales inadecuadas según el CIE 10 (Z73.4). De forma comórbida presenta rasgos de fobia o ansiedad social según CIE 10 (F40.1) o según DSM V (F40.10).

Recomendaciones.

Psicoeducación para el examinado, para su entorno familiar y escolar.

Realizar una intervención psicoterapéutica aplicando técnicas de reestructuración cognitiva para modificar las distorsiones en el pensamiento.

Entrenamiento en técnicas de respiración y relajación, de visualización, de desensibilización sistemática para la regulación emocional.

Entrenar las habilidades sociales bajo el enfoque cognitivo conductual.

Posterior a la Intervención Psicológica Individual realizar la Terapia Grupal.

Lista de conductas.

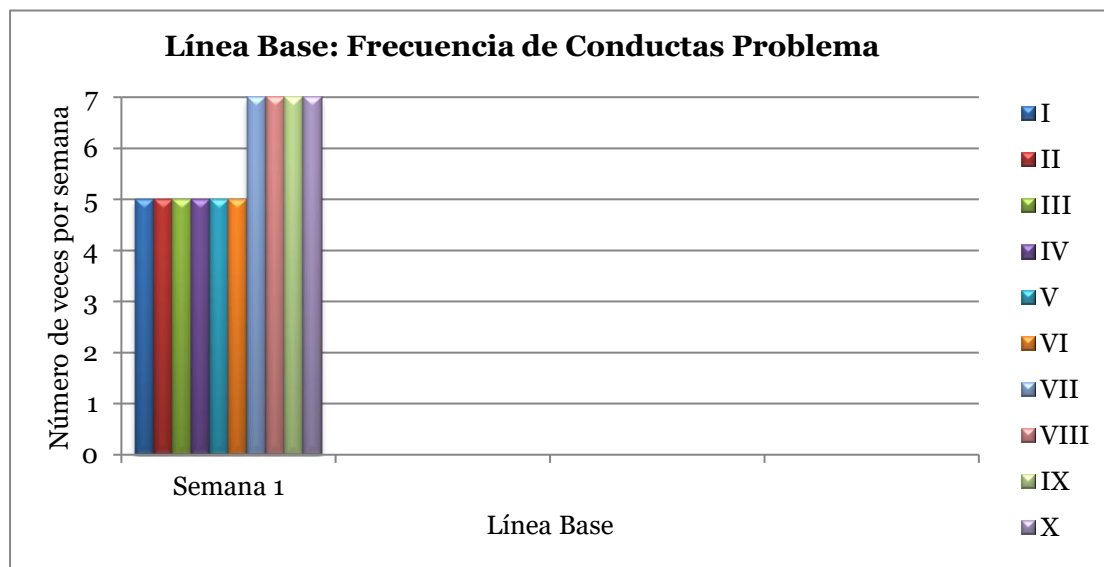
Tenemos los siguientes resultados:

Repertorio de entrada. De acuerdo con la evaluación de la conducta actual, se han elaborado tres cuadros, en términos de frecuencia, duración e intensidad.

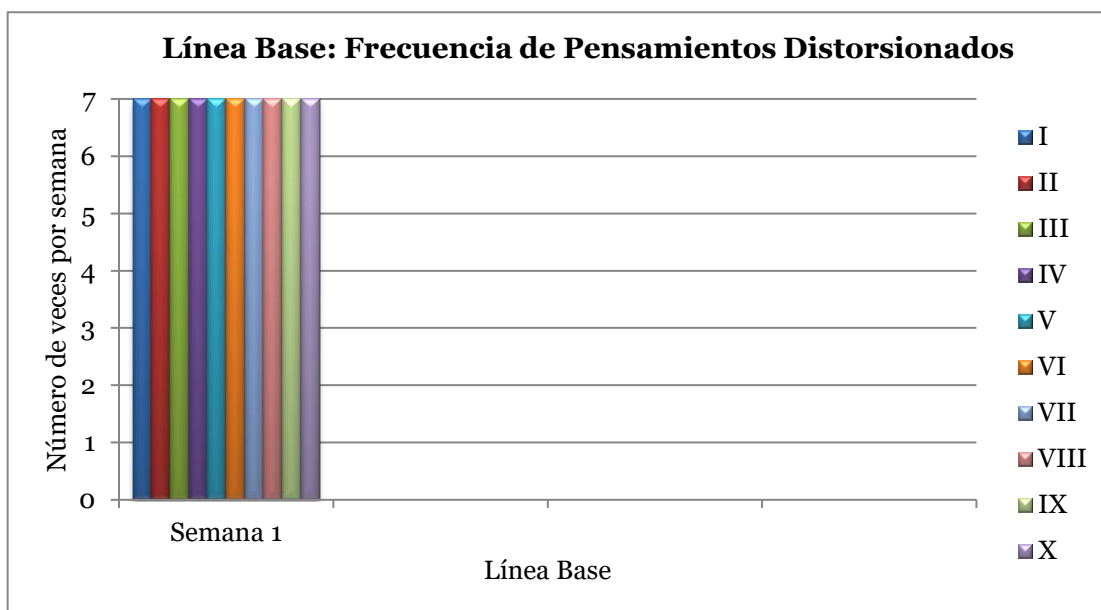
Tabla 5

Registro de Conductas Problema: frecuencia

Conductas problema	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
I. No inicia conversaciones con otros.	I	I	I	I	I			5
II. No mantiene una conversación.	I	I	I	I	I			5
III. No se presenta a las personas.	I	I	I	I	I			5
IV. No presenta a otras personas.	I	I	I	I	I			5
V. No formula preguntas en clases.	I	I	I	I	I			5
VI. No participa en los trabajos grupales.	I	I	I	I	I			5
VII. Expresa poco sus emociones.	I	I	I	I	I	I	I	7
VIII. No responde a las bromas.	I	I	I	I	I	I	I	7
IX. No resuelve la vergüenza.	I	I	I	I	I	I	I	7
X. No resuelve el fracaso.	I	I	I	I	I	I	I	7

Figura 6*Línea Base: Frecuencia de Conductas Problema***Tabla 6***Registro de Pensamientos Distorsionados: frecuencia*

Pensamientos Distorsionados	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
I. “No soy interesante”	I	I	I	I	I	I	I	7
II. “No quiero incomodar”	I	I	I	I	I	I	I	7
III. “Si pregunto se reirán”	I	I	I	I	I	I	I	7
IV. “Es tóxico trabajar en grupo”	I	I	I	I	I	I	I	7
V. “Se ríen de mí como siempre”	I	I	I	I	I	I	I	7
VI. “Voy a sentirme peor”	I	I	I	I	I	I	I	7
VII. “Soy su payaso”	I	I	I	I	I	I	I	7
VIII. “Mientras estén ellos, me pasará esto”	I	I	I	I	I	I	I	7
IX. “Si les fallo me reclamarán”	I	I	I	I	I	I	I	7
X. “A mí las cosas me salen mal”	I	I	I	I	I	I	I	7

Figura 7*Línea Base: Frecuencia de Pensamientos Distorsionados***Tabla 7***Registro de conducta: Intensidad de las Emociones*

Conductas		Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Promedio
I.	Nivel de ansiedad	10	10	9	8	7	8	9	9
II.	Nivel de miedo	10	10	9	9	8	7	8	9
III.	Nivel de vergüenza	9	8	9	10	10	8	8	9
IV.	Nivel de enojo	9	9	8	9	8	7	8	8

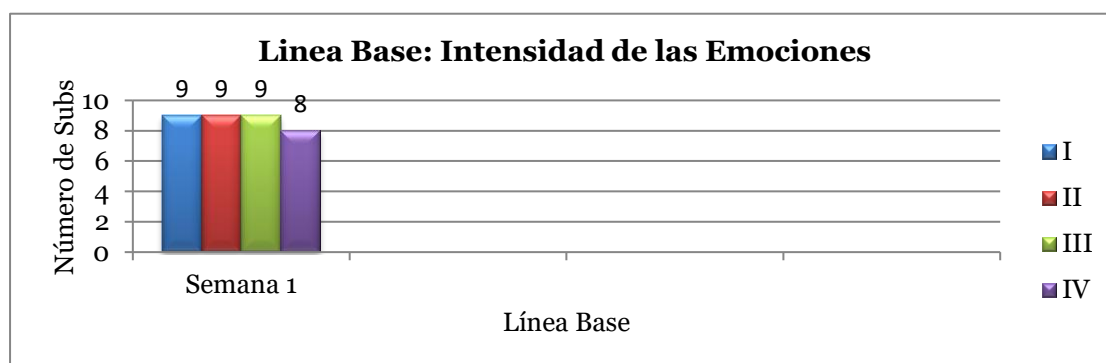
Figura 8*Línea Base: Intensidad de las Emociones*

Tabla 8*Registro de conducta: Duración del contacto visual*

Conductas	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom	Promedio
Sostener el contacto visual al conversar	1"	2"	1"	3"	2"	2"	1"	2"

Tabla 9*Diagnóstico Funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
. Suele culparse por los sentimientos negativos de los demás.	. Muestra poco contacto visual.	. No inicia una conversación.
. Cada vez que se integra con otros aumenta su tensión muscular, su ansiedad e inhibición.	. Responde mínimamente a preguntas.	. No mantiene una conversación.
	. Expresa sólo algunos sentimientos.	. No se presenta a otros.
. Constantemente aumenta su cólera al no interactuar como desea.	. En situaciones de estrés pierde el auto control.	. No presenta a otros.
	. En algunos contextos no defiende sus derechos.	. No formula preguntas en la clase.
. Frecuentemente siente miedo y tristeza cuando debe presentarse a otros.	. Pocas veces formula una queja.	. No participa por iniciativa en las conversaciones o trabajos grupales.
. Cada vez que no sabe qué responder siente frustración y vergüenza.	. Tiene pocas estrategias para arreglárselas cuando lo dejan solo.	. No convence a otros.
. Siempre que se burlan		. No se enfrenta al

de él siente impotencia.	. Escasamente defiende a un	enfado de otros.
. Suele presentar	amigo.	
sudoración palmar y	. De manera ocasional puede	. No logra resolver su
temblor de piernas.	responder a la persuasión.	propio miedo.
. Cada vez que el	. Mínimamente responde a	. No negocia con otros.
profesor le pregunta en	una acusación.	
clases, siente escalofríos.		. No responde a las
. Siempre que le	. Pocas veces responde a	bromas.
preguntan por sus	mensajes contradictorios.	. No responde a una
sentimientos se le hace		queja.
un nudo en la garganta.	. Excepcionalmente se	
	prepara para una	. No demuestra
. Cada vez que debe	conversación difícil.	deportividad después
hablar tartamudea.		de un juego.
	. Algunas veces toma	
. Siempre que lo critican	decisiones realistas.	. No logra resolver la
siente una sensación de		vergüenza.
vacío en el estómago y	. Ocasionalmente discierne la	
su corazón late rápido.	causa de un problema.	. No logra responder al
		fracaso.
. Constantemente piensa:	. Pocas veces establece un	
“No sé de qué más	objetivo.	. No hace frente a las
hablar”, “No soy		presiones de grupo.
interesante”.	. Raras veces determina sus	
. Siempre se dice: “No	propias habilidades.	
quiero incomodar”.	. A veces recoge	
	información.	
. Suele creer: “Es tóxico		
trabajar en grupo”, “Si	. Mínimamente resuelve	
fallo me reclamarán”.	problemas según su	
	importancia.	
. Suele afirmar: “Si		

pregunto se reirán”, “Soy su payaso”.	. Raras veces toma una decisión eficaz.
. Cree: “Mientras estudie en esta escuela me seguirá pasando esto”.	. Ocasionalmente logra concentrarse en una tarea.
. Cada vez que juega piensa: “No soy bueno para los deportes”.	. Piensa “Yo sé que más adelante me irá mejor”.

Tabla 10*Análisis Funcional*

Estímulo discriminativo	Conducta	Estímulo reforzador
- Externo Conoce a una persona nueva	▪ Motor Bajar la mirada y quedarse callado	▪ Externo La persona que recién conoce empieza la conversación
- Interno Pensamiento “no sé de qué hablar”	▪ Cognitivo Pensamiento “no sé qué decir”, “No soy interesante” ▪ Emocional Ansiedad (10), vergüenza (9), cólera (8). ▪ Fisiológico Sudoración palmar, temblor de piernas, escalofrío y tartamudeo.	▪ Interno Confirmación de su pensamiento “No pude empezar a hablar, nunca me sale qué decir porque no tengo algo para contar” Disminución del nivel de ansiedad, vergüenza Desaparición de las respuestas fisiológicas.

- Externo	▪ Motor	▪ Externo
Se encuentra casualmente con dos personas que no se conocen entre ellas	Evitar presentar a las personas que no se conocen.	Los amigos no le dicen nada
- Interno	▪ Cognitivo	▪ Interno
Pensamiento “A lo mejor si las presento se incomodan, mejor no lo hago”, y no sé si quieran conocerme, mejor no me presento.	Pensamiento “No voy a incomodarlas”	Confirmación de su pensamiento “No me dijeron nada”
	▪ Emocional	Disminución del nivel de temor
	Temor (5)	Desaparición de las respuestas fisiológicas.
	▪ Fisiológico	
	Sudoración palmar, vacío en el estómago, nudo en la garganta.	

- Externo	▪ Motor	- Externo
El profesor pide que pregunten y ordena trabajar en grupo	Permanece sentado	El profesor pasa a dar otra orden.
- Interno	Espera a que le digan qué hacer.	Los compañeros de grupo le dicen lo que debe hacer y terminan la tarea.
Pensamiento “no sé qué preguntar”	▪ Cognitivo	- Interno
Pensamiento “no me gustan los grupos”	Pensamiento “Si pregunto se reirán”	Confirmación de su pensamiento “Nadie se ha reído de mí”
	Pensamiento “No es bueno trabajar en grupo, es tóxico”	“Realmente es un fastidio trabajar en grupo”
	▪ Emocional	Disminución del nivel de frustración y cólera
	Frustración (8) y cólera (9).	Desaparición de las respuestas fisiológicas.
	▪ Fisiológico	
	Tensión muscular.	

<p>- Externo</p> <p>Le pasa un problema y alguien se le acerca para preguntarle sobre su estado de ánimo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motor Responder con preguntas para no decir lo que siente. ▪ Cognitivo Pensamiento “Se reirá de mí y voy a sentirme peor” “Yo sé que más adelante estaré mejor” 	<p>- Externo</p> <p>Dejan de preguntarle.</p>
<p>- Interno</p> <p>Pensamiento “si empiezo a hablar se darán cuenta de lo que siento”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Emocional Ansiedad (6), miedo (8) y cólera (1). ▪ Fisiológico Sudoración palmar y sensación de vacío en el estómago. 	<p>- Interno</p> <p>Confirmación de su pensamiento “Lo cansé, se hubiera burlado de mí, si mostraba mis sentimientos”</p> <p>Disminución del nivel de ansiedad, tristeza, miedo y cólera.</p> <p>Desaparición de las respuestas fisiológicas</p>
<p>- Externo</p> <p>El uniforme se le rompe al caerse de rodillas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motor Sonreír avergonzado y bajar la mirada. 	<p>- Externo</p> <p>El profesor les llama la atención y dejan sus compañeros de reírse.</p>
<p>- Interno</p> <p>Pensamiento “se reirán de mí”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cognitivo Pensamiento “Se ríen de mí como siempre” “Soy su payaso” “No me gusta que se burlen de mí. ▪ Emocional Ansiedad (9), vergüenza (10), impotencia (10), enojo (9). ▪ Fisiológico 	<p>- Interno</p> <p>Confirmación de su pensamiento “Lo típico es que se ríen de mí”,</p> <p>“Mientras este en esta escuela me seguirá pasando esto”</p> <p>Disminución del nivel de ansiedad, vergüenza, impotencia y enojo</p>

	Ruborización, sudoración palmar y aceleración del ritmo cardíaco.	Desaparición de las respuestas fisiológicas
- Externo Obtiene una buena calificación y le asignan nuevas responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Motor Rechaza asumir las nuevas responsabilidades. ▪ Cognitivo Pensamiento “A mí las cosas me salen mal” “Si les fallo me reclamarán” ▪ Emocional Ansiedad (7), temor (8) y enojo (9). ▪ Fisiológico Tensión muscular y sudoración palmar 	- Externo El profesor no lo selecciona. - Interno Confirmación de su pensamiento “Prefiero seguir pasando desapercibido y no defraudarlos” Disminución del nivel de ansiedad, temor y enojo. Desaparición de las respuestas fisiológicas
- Interno Pensamiento “ahora van a querer escogerme para algo y no quiero formar parte de nada		

Tabla 11*Análisis Cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Conoce a una persona nueva	<ul style="list-style-type: none"> • “No sé de qué hablar” • “No soy interesante” 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajar la mirada • Quedarse callado • Ansiedad • Vergüenza
Se encuentra casualmente con dos personas que no se	<ul style="list-style-type: none"> • “No voy a incomodarlas” • “No sé si quieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita presentar a las personas. • Evita presentarse.

conocen entre ellas	conocerme”	<ul style="list-style-type: none"> • Temor
El profesor pide preguntas y ordena trabajar en grupo	<ul style="list-style-type: none"> • “Si pregunto se reirán” • “Es tóxico trabajar en grupo” 	<ul style="list-style-type: none"> • Evita preguntar • Espera a lo que le digan. • Frustración • Cólera
Le pasa un problema y alguien se le acerca para preguntarle sobre su estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • “Si digo algo voy a sentirme peor” • “Yo sé que más adelante me irá mejor” 	<ul style="list-style-type: none"> • No dice lo que siente. • Ansiedad • Tristeza • Miedo • Cólera
El uniforme se le rompe al caerse	<ul style="list-style-type: none"> • ““Mientras este aquí me seguirá pasando esto” • “Soy su payaso” • “A mí las cosas me salen mal” 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonreír avergonzado • Ansiedad • Vergüenza • Impotencia • Enojo
Obtiene una buena calificación y le asignan nuevas responsabilidades	<ul style="list-style-type: none"> • “No quiero formar parte de nada” • “Si les fallo me reclamarán” 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechaza las nuevas responsabilidades. • Ansiedad • Enojo

2.6. Intervención

2.6.1. Plan de intervención y calendarización

El Plan de Intervención Cognitivo Conductual se diseñó en 16 sesiones, cada sesión con una duración de 60 minutos aproximadamente y con la frecuencia de una vez a la semana.

La Intervención tuvo una duración de cinco meses, la fecha de inicio fue el 03 de octubre del 2018 y la última sesión se realizó el 27 de marzo de 2019. De forma adicional a las

16 sesiones se efectuaron dos sesiones más, la penúltima con fines de realizar la evaluación post test y la última sesión de seguimiento que se efectuó luego dos meses de concluido el programa de intervención.

El examinado fue el participante principal en la intervención cognitivo conductual, no obstante, para la Psicoeducación participaron los familiares.

El Programa de Intervención propuesto va a considerar las siguientes Técnicas terapéuticas: *Conductuales*: Reforzamiento positivo, Retroalimentación, Ensayo Conductual, Dramatización, Instigación/Atenuación, Respiración, Relajación, Descubrimiento Guiado, Tareas para casa y Diario de autorregistro. *Cognitivas*: Psicoeducación, Visualización, Autoinstrucciones, Aserción Encubierta, Desensibilización Sistemática y Exposición. *Del Aprendizaje Social*: Modelado y Moldeamiento.

2.6.2. Programa de intervención

Objetivo General. Al final del programa de intervención cognitivo conductual, el paciente será capaz de presentar conductas de habilidades sociales en ocho ensayos consecutivos con una performance del 70%.

Tabla 12

Programa de Intervención

Objetivos Específicos	Sesiones Terapéuticas	Técnicas utilizadas	Actividades realizadas
- Brindar información relacionada a la Terapia Cognitivo Conductual, sobre la Inhabilidad Social desde la perspectiva	- 1 y 2	- Psicoeducación - Video educativo - Alianza Terapéutica - Encuadre - Escucha Activa	- Se explicaron los aspectos teóricos de la Terapia Cognitivo Conductual y el enfoque que brinda esta Terapia para la recuperación de personas con problemas de inhabilidad social.

cognitivo conductual y sobre los procesos previos al proceso y relación terapéutica.	<ul style="list-style-type: none"> - Se establecieron las fechas y duración de las sesiones. - Se acordaron los objetivos del tratamiento y las normas de conducta. - Se estableció la alianza terapéutica y el permiso para el uso de los datos con fines académicos. - Se solicitó un diario para el autorregistro.
--	---

Objetivos Específicos	Sesiones Terapéuticas	Técnicas utilizadas	Actividades realizadas
		<ul style="list-style-type: none"> - Tarea para casa - El Autorregistro 	<ul style="list-style-type: none"> - Se explicó la importancia del autorregistro y de las tareas para casa.
<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir las distorsiones cognitivas que presenta el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - 3, 4, 5 	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración cognitiva - Descubrimiento guiado - Debate socrático - Técnica de la flecha descendente - Autorregistro 	<ul style="list-style-type: none"> - Se identificaron los pensamientos automáticos y las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas. - Se aplicó la técnica ABCDE de Ellis para reformular las creencias irracionales. - Se aplicó la Escala SUDs para valorar la convicción de las creencias adquiridas. - Se dejó como tarea para la casa, practicar el debate de pensamientos y registrar en el diario.

Objetivos Específicos	Sesiones Terapéuticas	Técnicas utilizadas	Actividades realizadas
- Disminuir las emociones desagradables contingentes a la conducta disfuncional del paciente.	- 6, 7, 8, 9	<ul style="list-style-type: none"> - Técnica de Respiración - Técnica de Relajación - Autorregistro - Uso de la Escala SUDs - La desensibilización sistemática. - La visualización . - La inundación - La aserción encubierta 	<ul style="list-style-type: none"> - Se explicó la diferencia entre emociones funcionales y disfuncionales y se explicó el uso de la Escala SUDs. - Se explicaron los mecanismos psicofisiológicos implicados en las técnicas de respiración y relajación. - Se identificaron las situaciones psicógenas y se hizo la jerarquización de situaciones temidas empleando las técnicas para el afrontamiento. - Se dejó como tarea la práctica en casa y en situaciones cotidianas de las técnicas de respiración y relajación.
Objetivos Específicos	Sesiones Terapéuticas	Técnicas utilizadas	Actividades realizadas
- Desarrollar comportamientos funcionales que disminuyan la inhabilidad social del paciente.	- 10, 11, 12, 13, 14	<ul style="list-style-type: none"> - Modelado - Moldeamiento - Ensayo conductual - Dramatización - Exposición - Autoinstrucciones - Instigación/Atenuación - Retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> - Se elaboraron guiones para realizar la escenificación de situaciones sociales problema y se modeló la conducta asertiva. - Se hicieron ensayos de la conducta funcional para afrontar las situaciones problema y se moldeó la

	ntación	conducta con
-	Técnicas de Respiración	instrucciones del terapeuta, del
-	Técnicas de Relajación	paciente y luego encubiertas.
-	Reestructuración Cognitiva	- Se brindó retroalimentación.
		- Se dejaron tareas para la práctica en casa, en el colegio y otros espacios sociales.

2.7. Procedimiento

El Programa de Intervención Cognitivo Conductual se desarrolló ajustándose al proceso metodológico esperado para un trabajo académico.

De forma previa a la Intervención Terapéutica se realizaron dos sesiones para evaluar el Repertorio de Entrada y determinar la Línea Base, administrándose cuatro pruebas clínicas para conocer el nivel de habilidades sociales, de autoestima, de ansiedad y de pensamientos distorsionados, asimismo, se recogieron datos para conocer la Historia Personal del paciente.

Para el objetivo específico 1:

Brindar información relacionada a la Terapia Cognitivo Conductual, sobre la Inhabilidad Social desde la perspectiva cognitivo conductual y sobre los procesos previos al proceso y relación terapéutica.

1. Llegado el paciente al Consultorio Externo de Psicología para la intervención terapéutica, se le explicó el tipo de intervención que maneja el terapeuta y cuál es el abordaje de acuerdo con el motivo de consulta y problema actual planteado. A partir de la primera consulta se estableció la alianza terapéutica y el encuadre como pasos previos para continuar con la intervención, al obtenerse el compromiso del paciente, se solicitó un cuaderno de diario para el trabajo terapéutico y se pidió su autorización para usar los resultados para el trabajo

académico.

Para el objetivo específico 2:

Disminuir las distorsiones cognitivas que presenta el paciente.

2. En la quinta, sexta y séptima sesión, previa psicoeducación acerca de los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas, las creencias irracionales y las técnicas para intervenir, se aplicaron las técnicas de reestructuración cognitiva y de descubrimiento guiado, para la flexibilización del pensamiento, se reforzó el trabajo dejando como tarea para casa el registro en el diario y revisándose en cada sesión aplicando el ABCDE junto con el paciente, se aplicó la Escala SUDs para valorar el grado de convicción con respecto a los nuevos pensamientos adquiridos.

Para el objetivo específico 3:

Disminuir las emociones desagradables contingentes a la conducta disfuncional del paciente.

3. En la octava, novena, décima y décimo primera sesión, previa psicoeducación sobre los mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad, las técnicas de intervención y utilizándose las situaciones psicógenas registradas en el diario personal, se realizó una jerarquización de las situaciones generadoras de mayores niveles de estrés y perturbación de los estados emocionales para aplicar las técnicas de respiración y relajación, combinando con otras técnicas como la visualización y aserción encubierta para una mejor regulación emocional. Se pidieron tareas de práctica de las técnicas en casa y en otras situaciones sociales, haciendo variaciones como el uso de la relajación encubierta para lograr la intervención y midiendo mediante la Escala SUDs, la efectividad de la técnica.

Para el objetivo específico 4:

Desarrollar comportamientos funcionales que disminuyan la inhabilidad social del paciente.

4. En la décimo segunda, décimo tercera, décimo cuarta, décimo quinta y décimo sexta sesión, la psicoeducación abordó los temas de las características de la conducta socialmente hábil y cuando es inhábil, desde la comunicación no verbal hasta la comunicación verbal, los derechos asertivos y la asertividad como estilo más funcional a diferencia del pasivo y agresivo. Luego se explicaron las dimensiones de las habilidades sociales y se empezó por observar videos relacionados a los temas explicados para reforzar el aprendizaje. A continuación, se empezó por elaborar los guiones para representar cómo manejaba las situaciones sociales hasta el momento, se dejó como tarea, el registro de diferentes situaciones sociales en las que percibió dificultades para desempeñarse.

En las siguientes sesiones se hicieron las dramatizaciones, seguidas de modelado por parte del terapeuta de la conducta hábil, en algunos casos, se utilizó el moldeamiento, específicamente en el tema de la expresión corporal, se usó un espejo para que el paciente pueda recibir retroalimentación sobre sus cambios posturales en el tema del contacto visual; se monitoreó la presencia de pensamientos irracionales y se hacía reestructuración cognitiva y cuando se apreciaban signos de ansiedad se asociaban las técnicas de respiración y relajación, procediéndose con los ensayos conductuales hasta lograr la conducta habilidosa, se aplicaron para las situaciones embarazosas la aserción encubierta, las dramatizaciones y las autoinstrucciones para el manejo de los pensamientos, emociones y asertividad al mismo tiempo, en un inicio se requirió de instigación y posteriormente se procedió a la atenuación.

En las últimas sesiones, se hizo uso del apoyo de los compañeros de trabajo para hacer exposición en vivo, para presentarse, presentar a otros y formular preguntas y se dejaron como tarea, realizar actividades de inicio de conversaciones y su mantenimiento, así como, hacer tareas en equipo para resolver problemas, con la familia, con amigos y luego con personas nuevas y registrar en el diario. La revisión de los registros era al inicio de cada sesión y se brindaba retroalimentación.

Posteriormente se utilizó una sesión para realizar la Retroalimentación, en la que se aplicaron nuevamente las pruebas psicológicas clínicas administradas antes de la intervención terapéutica.

La última sesión se efectuó después de dos meses para realizar el Seguimiento, en el que se brindó retroalimentación y otras recomendaciones.

2.8. Consideraciones éticas

Cumpliendo con el Código de ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), se informó al paciente y a su familia, que los resultados se usarían para un trabajo académico, solicitándose su autorización, otorgando el paciente y su familia dicho permiso, de acuerdo con lo contemplado en el artículo 24 del mencionado Reglamento. Asimismo, se informó que los datos personales se tratarían con confidencialidad, en concordancia al artículo 57 del Código Ético, el caso clínico sería expuesto con fines didácticos, pero evitando la identificación del participante.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

A. *Escala de Habilidades Sociales de Goldstein.* Se presenta a continuación:

Tabla 13

Resultados comparativos de la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

N°	Dimensiones	Pre-Test (Pc)	Post Test (Pc)
1	Habilidades sociales básicas	5	45
2	Habilidades sociales avanzadas	5	50
3	Habilidades relacionadas con los sentimientos	5	85
4	Habilidades alternativas a la agresión	25	50
5	Habilidades para hacer frente al estrés	5	60
6	Habilidades de planificación	10	50
7	Habilidades Sociales General	5	60

Nota. Se aprecia un aumento de las habilidades sociales en general.

Figura 9

Resultados Pre y Post Test de la Escala de Habilidades Sociales de Goldstein

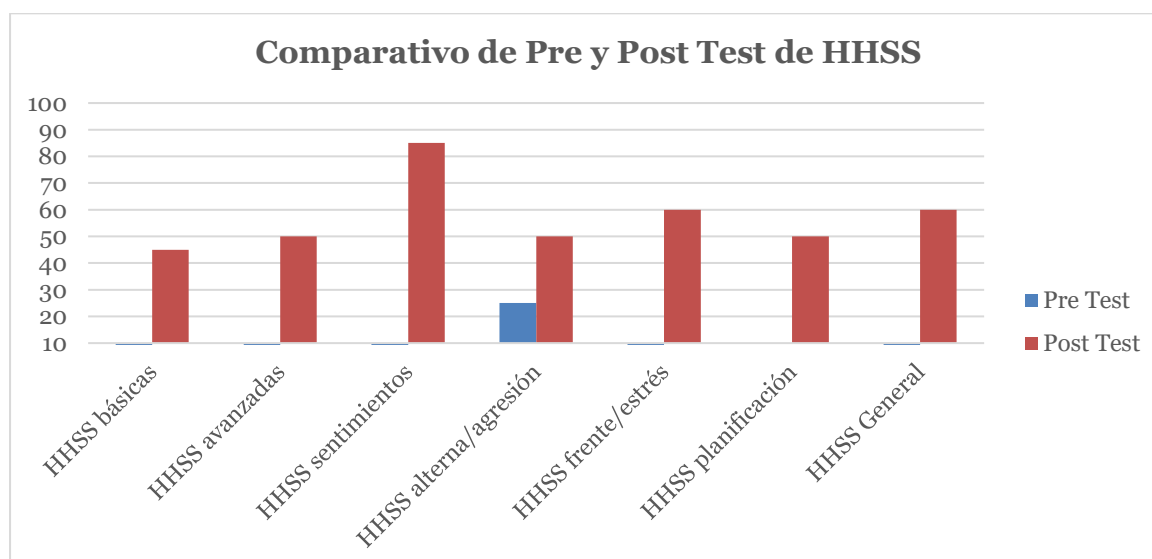


Tabla 14

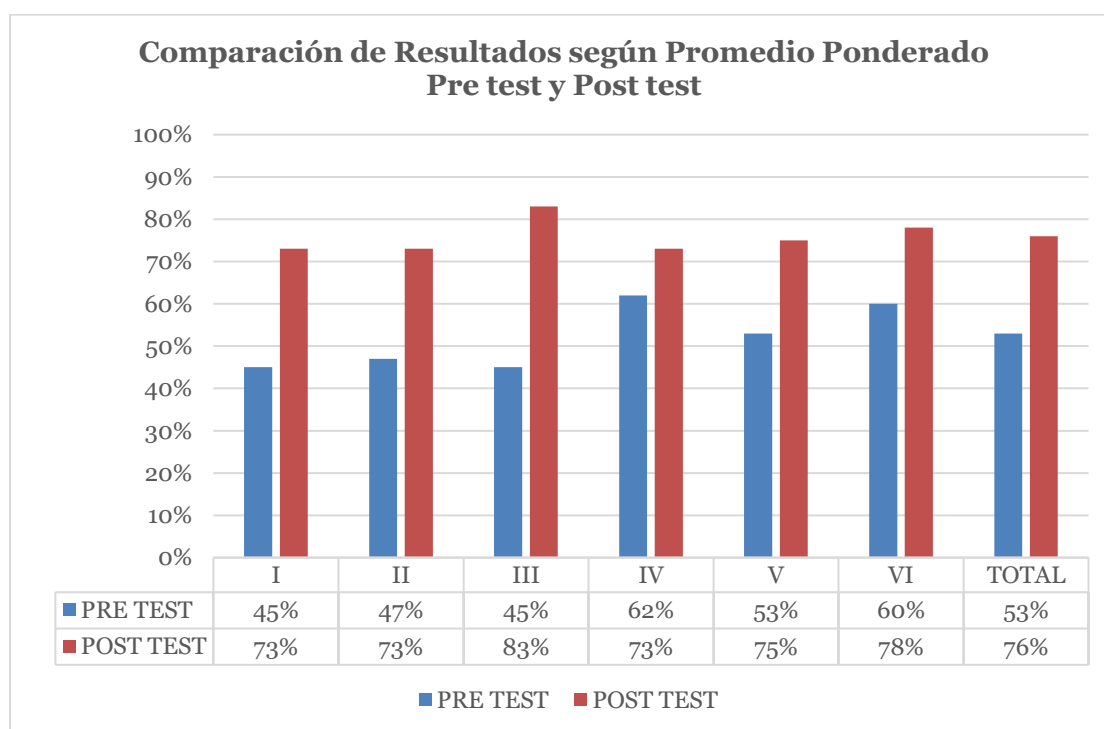
Resultados en porcentajes según promedio ponderado de la Escala de HHSS de Goldstein

Grupo	I (1-8)	II (9-14)	III (15-21)	IV (22-30)	V (31-42)	VI (43-50)	Total
PDO 1	18	14	16	28	32	24	132
PDO 2	29	22	29	33	45	31	189
PDM	40	30	35	45	60	40	250
PDP 1	45%	47%	45%	62%	53%	60%	53%
PDP 2	73%	73%	83%	73%	75%	78%	76%

Nota. El promedio ponderado (PDP) se calcula dividiendo la puntuación directa obtenida (PDO) entre la puntuación directa máxima (PDM) y multiplicando el resultado por cien. (1: Puntaje Pre Test), (2: Puntaje Post Test). Se aprecia un aumento del 70% en cada HHSS.

Figura 10

Resultados en porcentajes según promedio ponderado en la Escala de HHSS



B. *Inventario de Autoestima de Coopersmith.* Se presenta a continuación:

Tabla 15

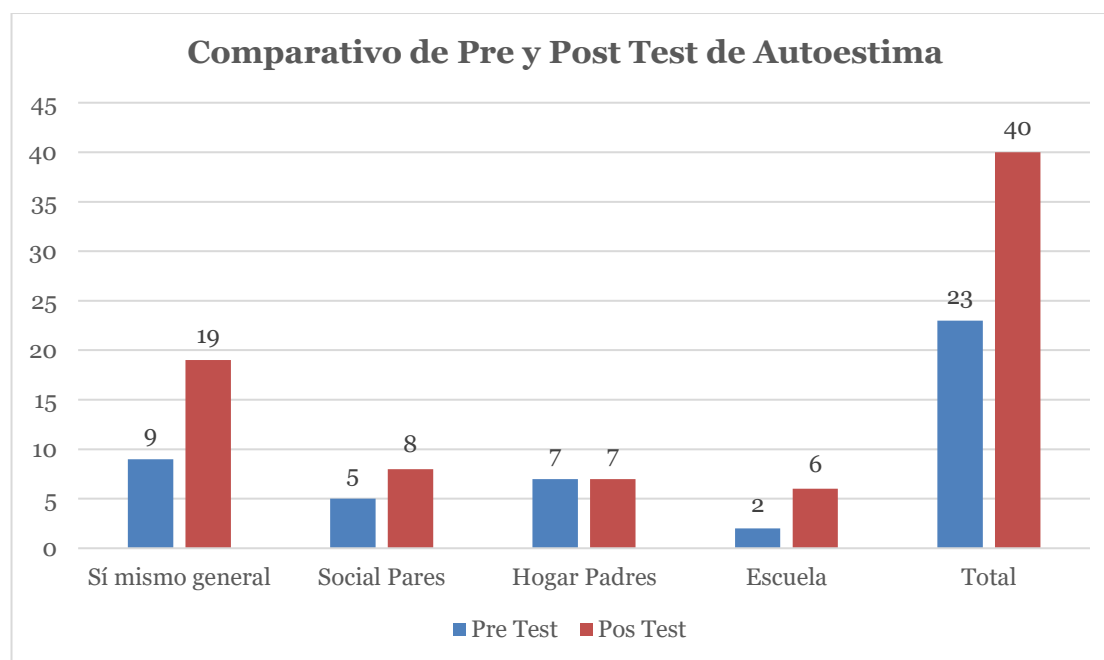
Resultados comparativos del Inventario de Coopersmith versión escolar

N°	Dimensiones	Pre Test (Puntajes)	Post Test (Puntajes)
1	Sí mismo general	9	19
2	Social Pares	5	8
3	Hogar Padres	7	7
4	Escuela	2	6
5	Autoestima Total	23	40

Nota. Se aprecia un aumento en los niveles de las áreas de autoestima en el Post Test. En el Post Test Sí mismo general (Promedio), Social Pares (Medio Alto), Hogar Padres (Medio Alto) y Escuela (Alto). En el área Hogar Padres que conservó el mismo puntaje.

Figura 11

Resultados Pre y Post Test del Inventario de Autoestima de Coopersmith



C. Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruíz y Luján. Son los siguientes:

Tabla 16

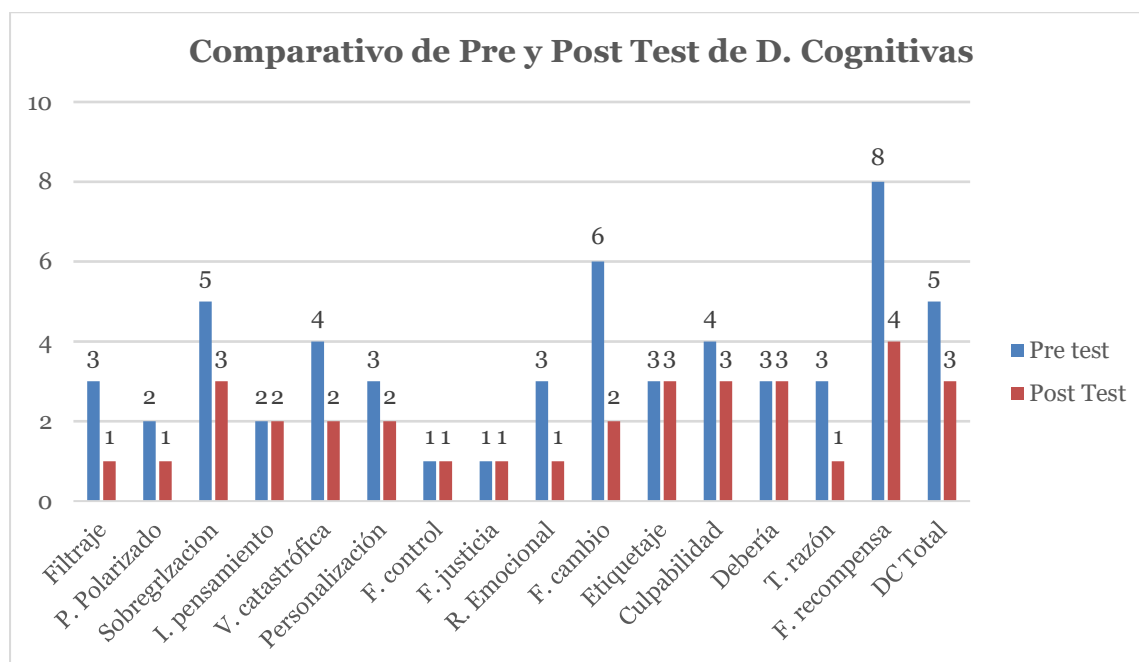
Resultados comparativos del Inventario de Pensamientos Automáticos

Nº	Dimensiones	Pre Test (PE)	Post Test (PE)
1	Filtraje	3	1
2	Pensamiento polarizado	2	1
3	Sobre generalización	5	3
4	Interpretación del pensamiento	2	2
5	Visión catastrófica	4	2
6	Personalización	3	2
7	Falacia de control	1	1
8	Falacia de la justicia	1	1
9	Razonamiento emocional	3	1
10	Falacia de cambio	6	2
11	Etiquetaje	3	3
12	Culpabilidad	4	3
13	Debería	3	3
14	Tener razón	3	1
15	Falacia de recompensa divina	8	4
16	Distorsiones Cognitivas Total	51	30

Nota. Se aprecia la disminución de los pensamientos distorsionados en el Post Test

Figura 12

Resultados Pre y Post del Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruíz y Lujan



D. Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo STAIC. Se señalan a continuación:

Tabla 17

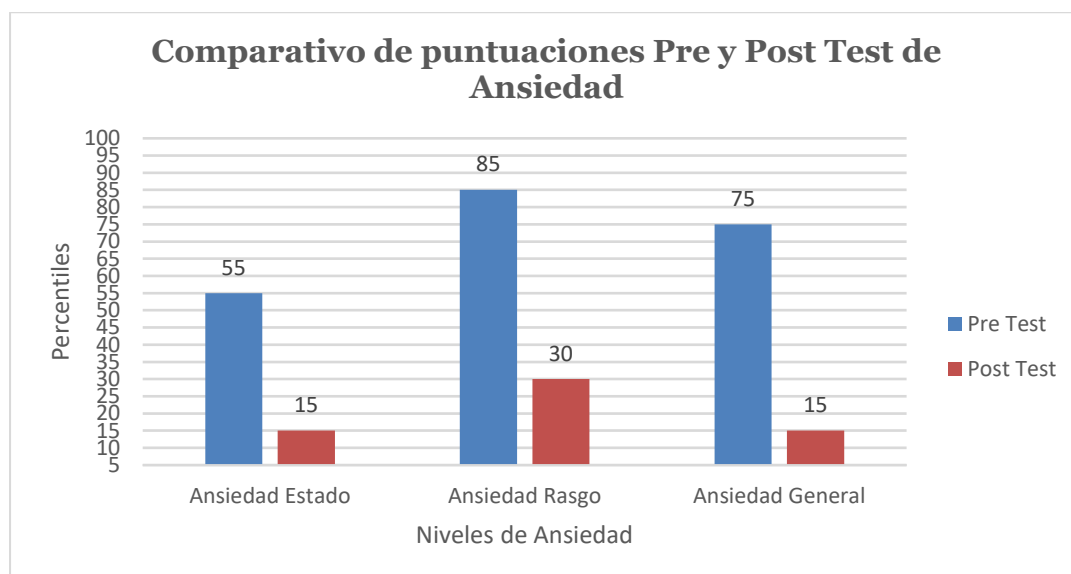
Resultados comparativos del Inventario de A. Estado y A. Rasgo (STAIC)

Nº	Dimensiones	Resultados Pre Test (Puntajes)	Resultados Post Test (Puntajes)
1	Ansiedad Estado	55	15
2	Ansiedad Rasgo	85	30
3	Ansiedad Total	75	15

Nota. Se aprecia la disminución de los niveles de ansiedad en el Post Test.

Figura 13

Resultados Pre y Post del Inventario de ansiedad estado-rasgo de STAIC



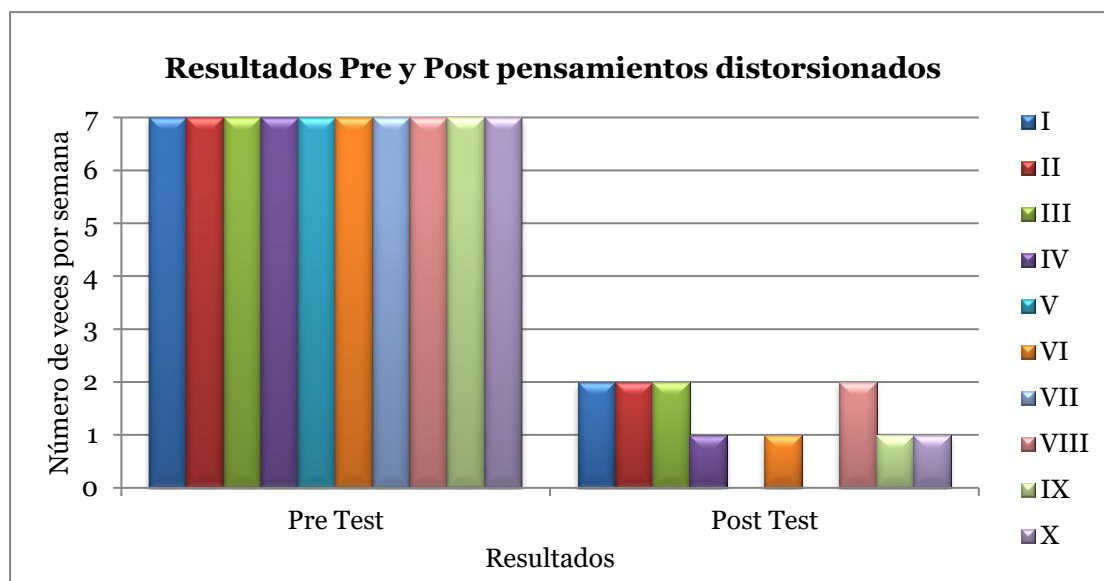
E. Evaluación de Salida. Es el siguiente:

Tabla 18

Resultados Pre y Post de los pensamientos distorsionados

Pensamientos Distorsionados	Pre Test	Post Test
I. “No soy interesante”	7	2
II. “No quiero incomodar”	7	2
III. “Si pregunto se reirán”	7	2
IV. “Es tóxico trabajar en grupo”	7	1
V. “Se ríen de mi como siempre”	7	0
VI. “Voy a sentirme peor”	7	1
VII. “Soy su payaso”	7	0
VIII. “Mientras estén ellos, me pasará esto”	7	2
IX. “Si les fallo me reclamarán”	7	1
X. “A mí las cosas me salen mal”	7	1

Nota. Se aprecia una disminución de los pensamientos distorsionados.

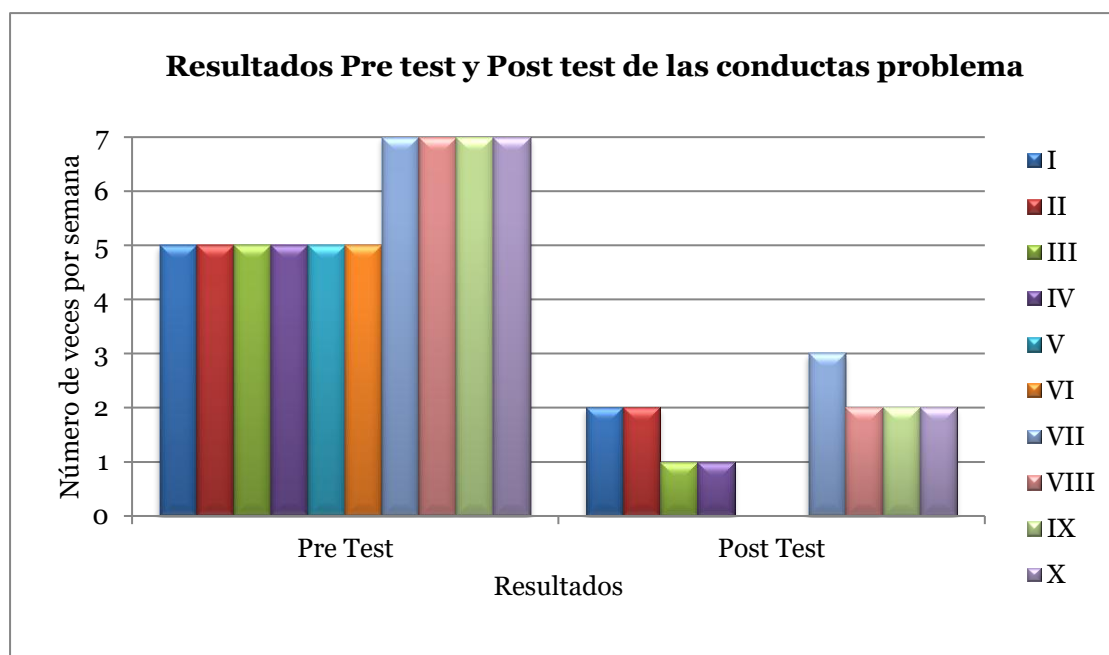
Figura 14*Resultados Pre y Post de los pensamientos distorsionados***Tabla 19***Resultados Pre Test y Post Test de las conductas problema*

Conductas Problema	Pre test	Post test
I. No inicia conversaciones con otros.	5	2
II. No mantiene una conversación.	5	2
III. No se presenta a las personas.	5	1
IV. No presenta a otras personas.	5	1
V. No formula preguntas en clases.	5	0
VI. No participa en los trabajos grupales.	5	0
VII. Expresa poco sus emociones.	7	3
VIII. No responde a las bromas.	7	2
IX. No resuelve la vergüenza.	7	2
X. No resuelve el fracaso.	7	2

Nota. Se aprecia una disminución de las conductas problema.

Figura 15

Resultados Pre Test y Post Test de las conductas problema

**Tabla 20**

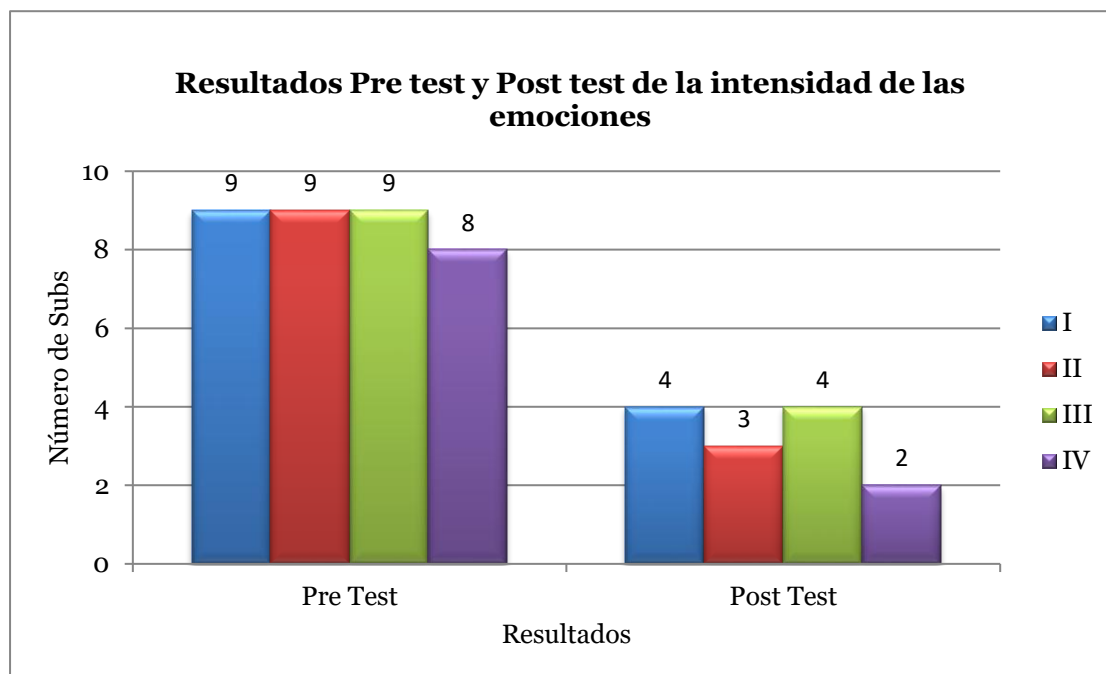
Resultados Pre Test y Post Test de la intensidad de las emociones

Emociones		Pre test	Post test
I.	Nivel de ansiedad	9	4
II.	Nivel de miedo	9	3
III.	Nivel de vergüenza	9	4
IV.	Nivel de enojo	8	2

Nota. Se aprecia una disminución de la intensidad emocional según SUDs.

Figura 16

Resultados Pre test y Post test de la intensidad de las emociones

**Tabla 21**

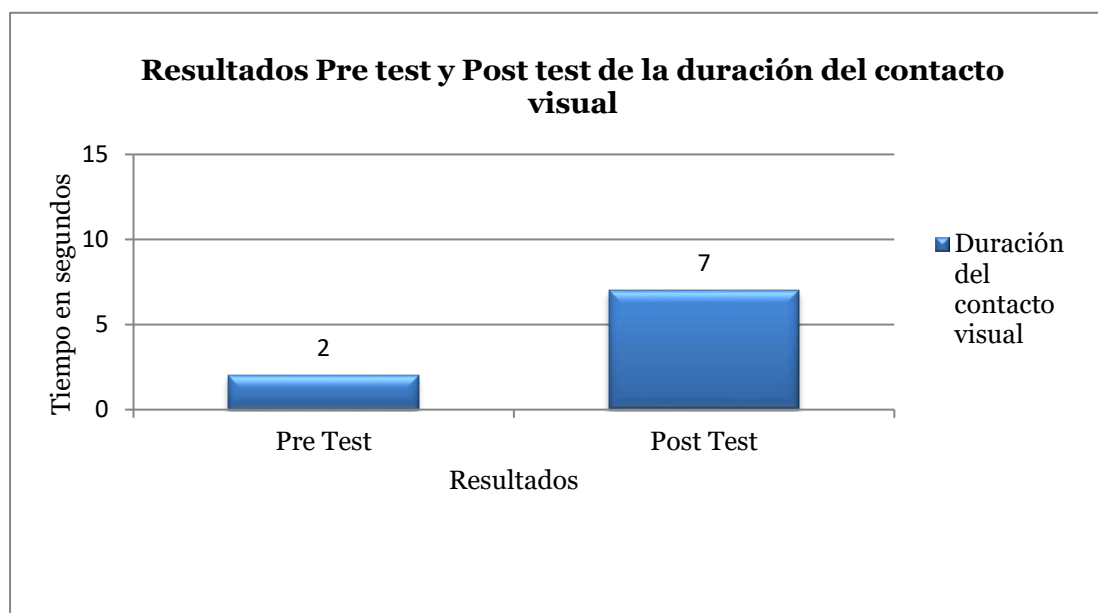
Resultados Pre Test y Post Test de la duración del contacto visual

Conducta Problema	Pre	Post
	Test	Test
I. Sostener el contacto visual al conversar	2"	7"

Nota. Se aprecia el aumento de tiempo de contacto visual durante una conversación.

Figura 17

Resultados Pre Test y Post Test de la duración del contacto visual, en segundos



3.2. Discusión de resultados

Con respecto al objetivo general, se observa que la aplicación del programa cognitivo conductual ha tenido un efecto significativo en el desarrollo de las conductas de habilidad social del paciente, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Gutiérrez (2022), quien encontró un aumento de más del 50% de la frecuencia de conductas de habilidad social, luego de la aplicación de un programa cognitivo conductual para la mejora de las habilidades sociales. Esta coincidencia se debería a que en ambos casos, en los programas aplicados, se combinaron técnicas de psicoeducación, de regulación emocional, de reestructuración cognitiva y de modelamiento de acciones asertivas, ya que como señala Caballo (2007), el entrenamiento en habilidades sociales debe implicar elementos como la reducción de la ansiedad, la reestructuración cognitiva y el ensayo conductual, ya que según Ruíz et al. (2012) en la etiología del fracaso de la conducta social existe ansiedad asociada, creencias o evaluaciones

erróneas de las situaciones sociales, interpretaciones incorrectas de las señales sociales y un repertorio social deficiente.

Con respecto al primer objetivo específico, se observa que el brindar información sobre la terapia cognitivo conductual relacionada a los problemas de inhabilidad social y el establecer una adecuada alianza terapéutica con el paciente, tuvieron un efecto significativo en la adhesión al tratamiento, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Flores (2021), quien encontró un alto nivel de expectativas, motivación e interés por el aprendizaje de las habilidades sociales permitiendo a sus participantes una colaboración activa hasta la finalización del programa cognitivo conductual para la mejora de las habilidades sociales. Esta coincidencia se debería a que en ambos casos, en los programas aplicados, se empezó por conectar la necesidad del paciente con los aportes de la terapia cognitivo conductual y la sensibilidad del terapeuta por comprender y facilitar la adquisición de dichos aprendizajes durante el proceso terapéutico, como señala Beck et al. (2010), establecer un fondo de relación terapéutica con el paciente es muy valioso, pues el terapeuta se está relacionando con otro ser humano con el cual desarrollará una tarea muy compleja, el terapeuta al asumir el rol de educador fomenta que el paciente someta a prueba las teorías y su aprendizaje sea empírico o vivencial.

Con respecto al segundo objetivo específico, se observa que disminuir las distorsiones cognitivas que presenta el paciente con inhabilidad social, tiene un efecto significativo en la mejora de las habilidades sociales, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Ramírez (2022), quien encontró una reducción de 9 a 5 en la frecuencia de aparición de distorsiones cognitivas luego de aplicado el programa cognitivo conductual para la mejora de las habilidades sociales. Esta coincidencia se debería a que en ambos casos, en los programas aplicados, se empezó por la psicoeducación, identificando los pensamientos distorsionados y usando la técnica de reestructuración cognitiva para generar pensamientos alternativos, asimismo, se utilizaron los registros y las tareas para casa para registrar los pensamientos en

situaciones cotidianas y se desarrolló el debate guiado y la retroalimentación durante las sesiones para consolidar la flexibilidad del pensamiento, como señala Ellis y Dryden (1989), las creencias racionales son el fundamento de la conducta funcional, en cambio las creencias irracionales son la base de los comportamientos disfuncionales de aislamiento, la forma como percibimos los hechos va a interactuar con nuestra evaluación cognitiva, nuestras emociones y nuestra conducta, debido a esta superposición es que es importante tratarlas.

Con respecto al tercer objetivo específico, se observa que disminuir las emociones desagradables en un paciente con inhabilidad social, tiene un efecto significativo en la mejora de las habilidades sociales, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Casares (2020), quien encontró un aumento de los niveles de relajación de 6 a 10 que le permitieron reducir la activación fisiológica, cognitiva y emocional relacionadas a las conductas de evitación luego de aplicado el programa cognitivo conductual para la mejora de las habilidades sociales. Esta coincidencia se debería a que, en ambos casos, en los programas aplicados, se empezó por la psicoeducación referente a la técnica de relajación muscular progresiva, la práctica gradual de la técnica, el uso de la desensibilización sistemática, de la exposición, de los registros y de las tareas para casa para registrar el afrontamiento a las situaciones psicógenas, como señala Wolpe (1993), inducir un estado fisiológico inhibitorio de la ansiedad por medio de la relajación muscular permite que los estímulos que la evocan se debiliten. Cuando deja el miedo deja de ser inhibitorio se facilita la conducta asertiva.

Con respecto al cuarto objetivo específico, se observa que el desarrollar comportamientos funcionales en un paciente con inhabilidad social, tiene un efecto significativo en la mejora de las habilidades sociales, estos resultados se asemejan a los obtenidos por Pascual (2022), quien encontró un aumento en la frecuencia de las conductas de habilidad social de 5 a 18 que le permitieron mejorar la conducta asertiva, la autoestima y el estado de ánimo, luego de aplicado el programa cognitivo conductual para la mejora de las

habilidades sociales. Esta coincidencia se debería a que, en ambos casos, en los programas aplicados, se empezó por la psicoeducación referente a la comunicación no verbal, los estilos de comunicación, los derechos asertivos, las técnicas asertivas, se trabajaron los pensamientos disfuncionales y la regulación emocional, el juego de roles, el moldeamiento, el feedback, los registros y las tareas para casa relativas a actividades para realizar, como señala Goldstein et al. (1989), para enseñar una conducta competente es necesaria la utilización combinada de distintas técnicas didácticas, de instrucción de conductas específicas a corregir o incentivar e implementar procedimientos de aprendizaje como el modelamiento, la representación de papeles, la retroalimentación del rendimiento y la transferencia del adiestramiento. Para Kelly (2002), en la medida que un individuo interactúe satisfactoriamente recibirá feedback social positivo y llegará a calificar su propio yo de positivo.

3.3. Seguimiento

Se planificó una sesión para el seguimiento después de dos meses, para hacer un control de la manera en que el paciente se estaba comportando, en la que estuvieron presentes también los familiares, los que participaron expresando sus observaciones y se realizó la retroalimentación de las conductas adaptativas demostradas, así como, recomendaciones sobre algunos déficits que se presentaron, se realizó el cierre terapéutico con el paciente.

IV. CONCLUSIONES

- 4.1 El programa tuvo un buen efecto en el desarrollo de las conductas de habilidad social del paciente, puesto que se consiguió que la performance del paciente alcance la meta esperada en los ensayos conductuales realizados.
- 4.2 Se observa que las habilidades relacionadas a los sentimientos tuvieron mejor resultado pasando de niveles bajos a niveles altos, como consecuencia del buen manejo de las técnicas de regulación fisiológica y de las técnicas de reestructuración cognitiva.
- 4.3 Se observa que las mejoras menos notorias de acuerdo a lo esperado fueron en las habilidades alternativas a la agresión, debido a que estas habilidades se mantuvieron en un nivel de desarrollo moderado, apreciándose que se requiere de más sesiones de entrenamiento asertivo.
- 4.4 Entre los factores que favorecieron para que el programa tuviera buen impacto, podemos apreciar que fue la modalidad presencial, pues facilitó la aplicación de las técnicas conductuales en interacción constante con la terapeuta, también podemos considerar la motivación del paciente, quien se interesó por aprender las técnicas asertivas, asimismo, podemos incluir la psicoeducación que se hizo a lo largo de cada sesión que le permitió al paciente comprender los objetivos de las técnicas terapéuticas y pueda participar activamente en su proceso de cambio, y por último, cabe incluir aquí, el apoyo familiar, pues estuvieron constantemente preguntando por los avances de la terapia, participando de las tareas de casa en las que se solicitaba su colaboración y siguieron las recomendaciones brindadas.
- 4.5 Se observó que, si bien la conducta no verbal del paciente no fue trabajada directamente, y sólo se hizo psicoeducación al respecto, la duración del contacto visual del paciente se incrementó.

V. RECOMENDACIONES

- 5.1 Tomar como referencia la estructura del presente programa para la aplicación e intervención en casos a futuro de pacientes con inhabilidad social dado los buenos resultados obtenidos.
- 5.2 Emplear en los casos de inhabilidad social preferentemente técnicas de regulación fisiológica y de reestructuración cognitiva para el desarrollo de las habilidades sociales dado los buenos resultados obtenidos y observados en el presente programa.
- 5.3 Ampliar el número de sesiones para el entrenamiento asertivo y desde la modalidad de la terapia de grupo, para brindar mayor oportunidad de manejo de nuevas situaciones de interacción interpersonal.
- 5.4 Considerar la modalidad presencial como requisito para el entrenamiento de conductas de habilidad social, ya que la presencia del terapeuta en el modelado, modelamiento, ensayo conductual y retroalimentación facilita la interacción inmediata y el alcance de los resultados esperados.
- 5.5 Priorizar la psicoeducación en todas las actividades de intervención terapéutica.
- 5.6 Involucrar a la escuela (docentes y estudiantes) como parte del control de contingencias, en el abordaje de la intervención terapéutica.
- 5.7 Utilizar el presente programa con fines preventivo – promocionales, en especial en las escuelas, para contribuir en la formación integral de los adolescentes.
- 5.8 Realizar estudios psicométricos para actualizar las normas estandarizadas de los test que se aplican a nivel nacional con diferentes poblaciones etarias y étnicas, considerando nuestra diversidad cultural.

VI. REFERENCIAS

- Abendaño, K. (2018). *Propiedades psicométricas y estandarización del inventario de autoestima de Coopersmith en escolares de secundaria de Lima Sur: San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo y Villa El Salvador*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional UAP.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/556>
- Alegría, W. (2022). *Las habilidades sociales en el incremento de niveles de autoestima en adolescentes víctimas de violencia*. [Tesis de pregrado, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio Institucional UMSA.
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/4053352>
- Alquinga, N., Morales, C., Abata, D. y Valencia, M. (2023). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes de segundo de bachillerato en una institución educativa de Quito-Ecuador. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 10542 - 10556.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.5239
- Arias, J., Holgado, J., Tafur, T. y Vásquez, M. (2022). *Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis*. (1ª ed.). Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú.
<https://doi.org/10.35622/inudi.b.016>
- Arbulú, I. (2020). *La autoestima en estudiantes con discapacidad física del nivel de educación secundaria de una institución educativa privada del Distrito de La Molina, 2019*. [Tesis de pregrado, Facultad de Teología Pontificia y Civil de Lima]. Repositorio Institucional FTPCL.
<http://hdl.handle.net/20.500.12850/700>
- Bances, R. (2019). *Habilidades sociales: Una revisión teórica del concepto*. [Tesis de

pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS.

<https://hdl.handle.net/20.500.12802/6098>

Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Alianza Editorial.

<https://archive.org/details/bandura-a.-walters-r.-aprendizaje-social.-desarrollo-de-la-personalidad/page/6/mode/1up>

Barcelata, B. y Flores, M. (2019). *Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con sintomatología depresiva*. Editorial Universidad Nacional Autónoma de México – Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

<https://www.zaragoza.unam.mx/enfoque-triadico-interventivo-cognitivo-conductual-adolescentes/>

Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (19ª ed.). Desclée de Brouwer, S.A.

Beck, A., Freeman, A. y Davis, D. (1995). *Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad*. (2ª ed.). Paidós.

Burgos, J. (2014). *Historia de la Psicología*. Ediciones Palabra, S.A.

<https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/353620231107070248.pdf>

Burns, D. (2012). *Adiós, ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico*. (2ª ed.). Paidós.

Bustos, V., Mass, L. y Martínez, G. (2021). *Psicología clínica. Enfoques e investigación*. (1ª ed.). Editorial Bonaventuriana. Universidad de San Buenaventura.

https://www.researchgate.net/publication/358667704_Psicologia_clinica_Enfoques_e_investigacion

Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de habilidades sociales*. (7ª ed.). Siglo XXI de España Editores S. A.

- Caballo, V., Salazar, I., Iurtia, M., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). Relación de las Habilidades Sociales con la Ansiedad Social y los Estilos/Trastornos de la Personalidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(3), 401-422.
<https://www.researchgate.net/publication/269762295>
- Cacho, Z., Silva, M. y Yengle, C. (2019). El desarrollo de habilidades sociales como vía de prevención y reducción de conductas de riesgo en la adolescencia. *Transformación*, 15(2), 186-205.
<http://scielo.sld.cu/pdf/trf/v15n2/2077-2955-trf-15-02-186.pdf>
- Calua, M., Delgado, Y., y López, Ó. (2021). Comunicación asertiva en el contexto educativo: revisión sistemática. *Boletín Redipe*, 10(4), 315–334.
<https://doi.org/10.36260/rbr.v10i4.1274>
- Casares, N. (2020). *Intervención en un caso de agorafobia con problemas de habilidades sociales y asertividad*. [Tesis de maestría, Universidad de Jaén]. Repositorio Institucional UJA.
<https://hdl.handle.net/10953.1/14071>
- Chevez, P. (2018). *Nivel de Habilidades Sociales en Escolares de Quinto año de Educación Secundaria de una Institución Educativa Parroquial de Carmen de la Legua*. [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV.
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3147>
- Cruz, R. (2023). *Intervención cognitivo conductual para desarrollar habilidades sociales en jóvenes que no estudian ni trabajan*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma del Estado de Morelos]. Repositorio Institucional UAEM.
<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/3768/CUTRRB08T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Delgado, L. (2020). *Habilidades sociales en estudiantes de secundaria con y sin riesgo de*

adicción al internet en una institución educativa privada de Pachacámac. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio Institucional UAP.

<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1118>

Ellis, A. y Dryden, W. (1989). *Práctica de la Terapia Racional Emotiva*. Desclée de Brouwer, S.A.

Esteves, A., Paredes, R., Calcina, C. y Yapachura, C. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Comuni@ccion: Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27.

<https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>

Flores, R. (2021). *Programa Cognitivo Conductual para la ansiedad social en adolescentes del nivel secundario en la ciudad de Chiclayo*. [Tesis de maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS.

<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/8303>

Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2022). *Situación de bienestar psicosocial y Salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay*.

https://bibliotecaunicef.uy/documentos/267_Situacion%20de%20bienestar%20psicosocial%20salud%20mental%20adolescentes%20Uruguay.pdf

García-Grau, E., Fusté, A., Ruiz, J., Arcos, M., Balaguer, G, Guzmán, D. y Bados, A. (2019). *Entrenamiento en asertividad y habilidades sociales*. Dipòsit Digital Universitat de Barcelona, Col·lecció OMADO.

<https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/136063/1/entrenamiento%20en%20asertividad%20y%20habilidades%20sociales.pdf>

Goldstein, A., Sprafkin, R., Gershaw, N. y Klein, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa de enseñanza*. Ediciones Martínez Roca, S. A.

González, D., Barreto, A. y Salamanca, Y. (2017). *Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y*

metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10 (2), 99-107.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6642554>

González, C. (2019). *Asertividad en el personal del área administrativa de la empresa ligada a logística en el distrito de San Miguel 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV.

<https://repositorio.uigv.edu.pe/item/3a007be6-f0c9-48e7-878a-04ea0ed6d2f8>

Guamaninga, H. (2019). *Eficacia de un curso de entrenamiento en habilidades sociales mediante técnicas cognitivo – conductuales para un mejor manejo de las emociones alternativas a la agresión y la prevención de la violencia en niños de sexto de educación básica de una unidad educativa pública del sur de Quito*. [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito]. Repositorio Institucional UPS.

<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/18223>

Gutiérrez, N. (2022). *Efectividad de un programa cognitivo conductual en el mejoramiento de las habilidades sociales y el afrontamiento del estrés en estudiantes de Psicología de la UIGV*. [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV.

<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5831>

Hayes, S. y Hofmann, S. (2018). *Process Based CBT (TCC Basada en Procesos – La ciencia y las competencias clínicas de la Terapia Cognitiva Conductual*. Context Press: New Harbinger Publications, Inc.

Ibarra, M. (2020). *Las habilidades sociales desde la tipología de Goldstein: un análisis psicosocial en niños de 6 a 8 años en la ciudad de Victoria de Durango*. [Tesis de maestría, Universidad Juárez del Estado de Durango]. Repositorio Institucional UJED.

<http://repositorio.ujed.mx/jspui/handle/123456789/66>

Ibarra, N. (2022). *Comportamiento Social (habilidades sociales y problemas de conducta) en niñas y niños argentinos adoptados con historial de cuidados alternativos institucionales y de acogimiento familiar*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Argentina]. Repositorio Institucional UCA.

<https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15654>

Kelly, J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. (7ª ed.). Desclée de Brouwer.

Kerman, B., Argentino, D., Cazabat, M. y Godoy, M. (2015). *Nuevas ciencias de la conducta - Herramientas del cambio*. (1ra ed.). Universidad de Flores - UFLO.

https://www.researchgate.net/publication/346356671_Nuevas_Ciencias_de_la_Conducta_-_Herramientas_para_el_cambio-Libro

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (2002). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo – Conductual*. (2ª ed.). Siglo XXI de España S.A.

Linares, S. (2022). *Caso Psicológico: Intervención Cognitiva Conductual en ansiedad generalizada en un adolescente*. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://hdl.handle.net/20.500.13084/5837>

López, R. y Sánchez, P. (2023). Actualización sobre el aumento de trastornos mentales en la adolescencia y estrategias de manejo clínico en Atención Primaria [Mesa Redonda]. *Congreso de Actualización en Pediatría 2023, Madrid*.

https://www.aepap.org/sites/default/files/pag_23_31_aumento_trastornos_mentales.pdf

Méndez, A., De la Yncera, N. y Cabrera, I. (2022). Premisas y reflexiones teóricas para fundamentar un Programa de Entrenamiento en habilidades sociales en adolescentes. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9 (3), Artículo 37.
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i3.3208>

- Mendoza, I. (2020). *Terapia Cognitiva Conductual: actualidad, tecnología*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH.
<https://hdl.handle.net/20.500.12866/8907>
- Mesa, E. (2018). *Terapia Cognitivo – Conductual en Niños y Adolescentes*. INTERPSIQUIS XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría.
<https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-23-comu1%20005.pdf>
- Ministerio de Salud (2005). *Manual de habilidades sociales en adolescentes escolares*. Inversiones Escarlata y Negro SAC.
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/353456-manual-de-habilidades-sociales-en-adolescentes-escolares>
- Morales, K. (2019). *Aplicación del programa de intervención psicoeducativo en el desarrollo de las habilidades sociales en alumnos del cuarto grado de primaria de la Institución Educativa Emblemática José María Eguren - Barranco*. [Tesis de maestría, Universidad Inca Garcilaso de la Vega]. Repositorio Institucional UIGV.
<http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/6451>
- Naranjo, K. (2020). *Cualidades esenciales de análisis psicométrico del inventario de pensamientos automático-distorsiones cognitivas de Ruiz y Lujan, en el pilotaje de los estudiantes de bachillerato de la Unidad Educativa Paul Dirac de la ciudad de Quito en año lectivo 2019-2020*. [Tesis de pregrado, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Institucional UCE.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/21782>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar: resumen ejecutivo*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341147>

Padrón, E. (2021). Variables del Sistema Comprensivo de Rorschach predictivas del proceso de toma de decisiones. *Revista cubana de Psicología*, 3(4), 173-185.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202021000100171

Pascual, A. (2022). *Intervención cognitivo conductual en déficit en habilidades sociales: estudio de caso*. [Tesis de maestría, Universidad Europea Madrid]. Repositorio TITULA.

<https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/2525/PascualMoralesAmanda.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Patiño, L. (2018). *Teorías y Métodos Conductismo y Enfoque Cognitivo*. Fundación Universitaria del Área Andina.

https://repo.utel.edu.mx/recursos/files/r161r/w25640w/S6_W3.pdf

Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Síntesis S. A.

<https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/Las-terapias-de-tercera-generacion-como-terapias-contextuales-Marino-Perez-Alvarez.pdf>

Porras, I. (2022). *Programa cognitivo conductual para disminuir el estado-rasgo de ansiedad en un grupo de estudiantes de 1° de secundaria*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo]. Repositorio Institucional UNPRG.

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/932729#:~:text=El%20objetivo%20general%20fue%20proponer%20un%20programa%20Cognitivo,como%20elaborar%20el%20marco%20teórico%20de%20la%20propuesta.>

Quevedo, C. (2020). *Evidencia del análisis psicométrico del cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado – rasgo en escolares de la ciudad de Piura 2020*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV.

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/76003>

Quintanilla, L., García-Gallego, C., Rodríguez Fernández, R., Fontes, F. y Sarriá, E. (2020).

Fundamentos de investigación en psicología. (2ª ed.). Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Ramírez, A., Martínez, P., Cabrera, J., Buestán, P., Torracchi, E. y Carpio, M. (2020).

Habilidades sociales y agresividad en la infancia y adolescencia. *AVFT Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(2), 209-214.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.4068522>

Ramírez, O. (2022). *Intervención Cognitiva Conductual en una mujer adulta con ansiedad*

social. [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.

<https://hdl.handle.net/20.500.13084/6631>

Ramos-Díaz, E., Axpe, I., Fernández-Lasarte, O. y Jiménez-Jiménez, V. (2018). Intervención

cognitivo – conductual para la mejora del autoconcepto en el caso de una adolescente víctima de maltrato emocional. *Revista Clínica Contemporánea*, 1(9), 1-10.

<https://doi.org/10.5093/cc2018a1>

Rodríguez-Riesco, L., Vivas, S., Mateos, A., Pérez-Calvo, C., y Ruiz-Duet, A. (2022). Terapia

de conducta: raíces, evolución y reflexión sobre la vigencia del conductismo en el contexto clínico. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 209-217.

<https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2994>

Ruíz, J. y Cano, J. (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. R y C Editores.

<https://tuvntana.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/06/manual-de-psicoterapia-cognitiva.pdf>

Ruíz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo*

Conductuales. Desclée de Brouwer.

https://kupdf.net/download/manual-de-tecnicas-de-intervencion-cognitiva-conductuales_5af760e4e2b6f51d3e4beb44_pdf

Sandoval, S. (2018). *Psicología del Desarrollo Humano II*. (2ª ed.). Universidad Autónoma de Sinaloa – Dirección General de Escuelas Preparatorias.

https://dgep.uas.edu.mx/archivos/libros_2018_U1/psicologia_del_desarrollo_humano_II_U1.pdf

Suárez, A. y Ramos, I. (2018). La intervención psicológica como estrategia de desarrollo cognitivo – conductual en los adolescentes con retraso mental y deficiencias sociales. *Ciencia & Tecnología*, 18 (17), 156-171.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8591636>

Torres, J. (2021). *Habilidades sociales en estudiantes del VI y VIII ciclo de la carrera profesional de Psicología de la Universidad José Carlos Mariátegui*, Moquegua 2020. [Tesis de pregrado, Universidad José Carlos Mariátegui]. Repositorio Institucional UJCM.

<https://repositorio.ujcm.edu.pe/handle/20.500.12819/1037>

Vera, D. (2023). *Programa cognitivo conductual para desarrollar habilidades sociales en adolescentes de la iglesia de Dios de la profecía San José*. [Tesis de maestría, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio Institucional USS.

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10929/Vera%20Martinez%20Doris%20Soledad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilar, A., Fresno, C. y Batlle, S., (2021). *Una mirada a la salud mental de los adolescentes – Claves para comprenderlos y acompañarlos*. Faros Sant Joan de Déu Editorial del Hospital de Barcelona.

https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7455_d_Mirada-SaludMental-Adolescentes.pdf

Villarrubia, C., (2019). *Distorsiones cognitivas y ansiedad ante los exámenes en estudiantes de la carrera de Psicología en la Universidad Continental, 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental.

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/5342/2/IV_FHU_501_TE_Villarrubia_Pacheco_2019.pdf

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. (3ª ed.). Trillas.

VII. ANEXOS

Anexo A

Escala De Habilidades Sociales de Goldstein

Nombre: Edad:

Año de estudio: Institución Educativa:

Instrucciones

A continuación, te presentamos una tabla con diferentes aspectos de las “Habilidades Sociales Básicas”. A través de ella podrás determinar el grado de desarrollo de tu “Competencia Social” (Conjunto de HHSS necesarias para desenvolverte eficazmente en el contexto social). Señala el grado en que te ocurre lo que indican cada una de las cuestiones, marca con un aspa la respuesta que describa mejor tu forma de actuar:

1. Nunca 2. Muy pocas veces 3. Algunas veces 4. A menudo 5. Siempre

Nº	Habilidades Sociales	1	2	3	4	5
1	Prestas atención a la persona que te está hablando y haces un esfuerzo para comprender lo que te está diciendo.					
2	Hablas con los demás de temas poco importantes para pasar luego a los más importantes.					
3	Hablas con otras personas sobre cosas que interesan a ambos.					
4	Clarificas la información que necesitas y se la pides a la persona adecuada.					
5	Permites que los demás sepan que les agradeces los favores.					
6	Te das a conocer a los demás por propia iniciativa.					
7	Ayudas a que los demás se conozcan entre sí.					
8	Dices que te gusta algún aspecto de la otra persona o alguna de las actividades que realiza.					
9	Pides que te ayuden cuando tienes alguna dificultad.					
10	Eliges la mejor forma para integrarte en un grupo o para participar en una determinada actividad.					
11	Explicas con claridad a los demás cómo hacer una tarea					

	específica.					
12	Prestas atención a las instrucciones, pides explicaciones y llevas adelante las instrucciones correctamente.					
13	Pides disculpas a los demás por haber hecho algo mal.					
14	Intentas persuadir a los demás de que tus ideas son mejores y que serán de mayor utilidad que las de la otra persona.					
15	Intentas reconocer las emociones que experimentas.					
16	Permites que los demás conozcan lo que sientes.					
17	Intentas comprender lo que sienten los demás.					
18	Intentas comprender el enfado de la otra persona.					
19	Permites que los demás sepan que te interesas o preocupas por ellos.					
20	Piensas porqué estás asustado y haces algo para disminuir tu miedo.					
21	Te dices a ti mismo o haces cosas agradables cuando te mereces una recompensa.					
22	Reconoces cuando es necesario pedir permiso para hacer algo y luego lo pides a la persona indicada.					
23	Te ofreces para compartir algo que es apreciado por los demás.					
24	Ayudas a quien lo necesita.					
25	Llegas a establecer un sistema de negociación que te satisface tanto a ti mismo como a quienes sostienen posturas diferentes.					
26	Controlas tu carácter de modo que no se te “escapan las cosas de la mano”					
27	Defiendes tus derechos dando a conocer a los demás cuál es tu postura.					
28	Te las arreglas sin perder el control cuando los demás te hacen bromas.					
29	Te mantienes al margen de situaciones que te pueden ocasionar problemas.					
30	Encuentras otras formas para resolver situaciones difíciles sin tener que pelearte.					
31	Dices a los demás cuándo han sido los responsables de originar un determinado problema e intentas encontrar una solución.					

32	Intentas llegar a una solución justa ante la queja justificada de alguien.					
33	Expresas un sincero cumplido a los demás por la forma en que han jugado.					
34	Haces algo que te ayude a sentir menos vergüenza o a estar menos cohibido.					
35	Eres consciente cuando te han dejado de lado en alguna actividad y, luego, haces algo para sentirte mejor en ese momento.					
36	Manifiestas a los demás que han tratado injustamente a un amigo.					
37	Consideras con cuidado la posición de la otra persona, comparándola con la propia, antes de decidir lo que hacer.					
38	Comprendes la razón por la cual has fracasado en una determinada situación y qué puedes hacer para tener más éxito en el futuro.					
39	Reconoces y resuelves la confusión que se produce cuando los demás te explican una cosa, pero dicen o hacen otras que se contradicen.					
40	Comprendes lo que significa la acusación y por qué te la han hecho y, luego, piensas en la mejor forma de relacionarte con la persona que te ha hecho la acusación.					
41	Planificas la mejor forma para exponer tu punto de vista antes de una conversación problemática.					
42	Decides lo que quieres hacer cuando los demás quieren que hagas otra cosa distinta.					
43	Resuelves la sensación de aburrimiento iniciando una nueva actividad interesante.					
44	Reconoces si la causa de algún acontecimiento es consecuencia de alguna situación bajo tu control.					
45	Tomas decisiones realistas sobre lo que eres capaz de realizar antes de comenzar una tarea.					
46	Eres realista cuando debes dilucidar cómo puedes desenvolverte en una determinada tarea.					
47	Resuelves qué necesitas saber y cómo conseguir la información.					
48	Determinas de forma realista cuál de los numerosos problemas es el más importante y el que deberías solucionar primero.					
49	Consideras las posibilidades y eliges la que te hará sentir mejor.					
50	Te organizas y te preparas para facilitar la ejecución de tu trabajo.					

Anexo B

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

Autor: Juan Ruíz y José Lujan, 1991

Marque con una X la frecuencia con que suele presentar los siguientes pensamientos en lista:

0: Nunca 1: Algunas veces 2: Bastantes veces 3: Con mucha frecuencia

	Pensamientos	0	1	2	3
1	No puedo soportar ciertas cosas que me pasan				
2	Solamente me pasan cosas malas				
3	Todo lo que hago me sale mal				
4	Sé que piensan mal de mí				
5	¿Y si tengo alguna enfermedad grave?				
6	Soy inferior a la gente en casi todo				
7	Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor				
8	No hay derecho a que me traten así				
9	Si me siento triste es porque soy un enfermo mental				
10	Mis problemas dependen de los que me rodean				
11	Soy un desastre como persona				
12	Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa				
13	Debería de estar bien y no tener estos problemas				
14	Sé que tengo la razón y no me entienden				
15	Aunque ahora sufro, algún día tendré mi recompensa				
16	Es horrible que me pase esto				
17	Mi vida es un continuo fracaso				
18	Siempre tendré este problema				
19	Sé que me están mintiendo y engañando				
20	¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?				
21	Soy superior a la gente en casi todo				
22	Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean				
23	Si me quisieran de verdad, no me tratarán así				
24	Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo				
25	Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas				

26	Alguien que conozco es un imbécil				
27	Otros tienen la culpa de lo que me pasa				
28	No debería cometer esos errores				
29	No quiere reconocer que, estoy en lo cierto				
30	Ya vendrán mejores tiempos				
31	Es insostenible, no puedo aguantar más				
32	Soy incompetente e inútil				
33	Nunca podré salir de esta situación				
34	Quieren hacerme daño				
35	¿Y si le pasa algo malo a la persona a quien quiero?				
36	La gente hace las cosas mejor que yo				
37	Soy una víctima de mis circunstancias				
38	No me tratan como deberían hacerlo y me merezco				
39	Si tengo estos síntomas es porque soy un enfermo				
40	Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas				
41	Soy un neurótico				
42	Lo que me pasa es un castigo que me merezco				
43	Debería recibir más atención y cariño de otros				
44	Tengo razón y voy a hacer lo que me da la gana				
45	Tarde o temprano me irán las cosas mejor				

Anexo C

Inventario De Autoestima Original Forma Escolar

Coopersmith

(Adaptado y Estandarizado por Ayde Chahuayo Apaza y Betty Díaz Huamani)

Lee con atención las instrucciones

A continuación, hay una lista de frases sobre sentimientos. Si una frase describe como te sientes generalmente, responde “verdadero” (V). Si la frase no describe como te sientes generalmente, responde “falso” (F). No hay respuesta “correcta” o “incorrecta”.

		V	F
1	Generalmente los problemas me afectan muy poco.		
2	Me cuesta mucho trabajo hablar en público.		
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.		
4	Puedo tomar una decisión fácilmente.		
5	Soy una persona simpática.		
6	En mi casa me enoja fácilmente.		
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8	Soy popular entre las personas de mi edad.		
9	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.		
10	Me doy por vencido fácilmente.		
11	Mis padres esperan demasiado de mí.		
12	Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		
13	Mi vida es muy complicada.		
14	Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15	Tengo mala opinión de mí mismo.		
16	Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
17	Con frecuencia me siento a disgusto en mi grupo.		
18	Soy menos guapo o (bonita) que la mayoría de gente.		
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20	Mi familia me comprende.		
21	Los demás son mejor aceptados que yo.		

22	Generalmente como si mi familia me estuviera presionando.		
23	Generalmente me siento desmoralizado en mi grupo.		
24	Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25	Se puede confiar muy poco en mí.		
26	Nunca me preocupo por nada.		
27	Estoy seguro de mí mismo.		
28	Me aceptan fácilmente.		
29	Mi familia y yo la pasamos muy bien juntos.		
30	Paso bastante tiempo soñando despierto(a).		
31	Desearía tener menos edad.		
32	Siempre hago lo correcto.		
33	Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela.		
34	Alguien tiene que decirme siempre lo que debo hacer.		
35	Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.		
36	Nunca estoy contento.		
37	Estoy haciendo lo mejor que puedo.		
38	Generalmente puedo cuidarme solo (a).		
39	Soy bastante feliz.		
40	Preferiría estar con niños menores que yo.		
41	Me gusta todas las personas que conozco.		
42	Me gusta cuando me invitan a salir a la pizarra.		
43	Me entiendo a mí mismo (a).		
44	Nadie me presta mucha atención en casa.		
45	Nunca me reprenden.		
46	No me está yendo tan bien en la escuela como yo quisiera.		
47	Puedo tomar una decisión y mantenerla.		
48	Realmente no me gusta ser un niño.		
49	No me gusta estar con otras personas.		
50	Nunca soy tímido.		
51	Generalmente me avergüenzo de mí mismo (a).		
52	Los chicos generalmente se la agarran conmigo.		
53	Siempre digo la verdad.		

54	Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente capaz.		
55	No me importa lo que pase.		
56	Soy un fracaso.		
57	Me fastidio fácilmente cuando me reprenden.		
58	Siempre se lo debo decir a las personas.		

Anexo D

Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo (STAIC) (Adaptación Española) (Seisdedos, 1990)

Nombre: Edad:

Primera Parte

		Nunca	A veces	Mucho
1	Me siento calmado.			
2	Me encuentro inquieto.			
3	Me siento nervioso.			
4	Me encuentro descansado.			
5	Tengo miedo.			
6	Estoy relajado.			
7	Estoy preocupado.			
8	Me encuentro satisfecho.			
9	Me siento feliz.			
10	Me siento seguro.			
11	Me encuentro bien.			
12	Me siento molesto.			
13	Me siento agradable.			
14	Me encuentro atemorizado.			
15	Me encuentro confuso.			
16	Me siento animoso.			
17	Me siento angustiado.			
18	Me encuentro alegre.			
19	Me encuentro contrariado.			
20	Me siento triste.			

Segunda Parte

		Nunca	A veces	Mucho
1	Me preocupa cometer errores.			
2	Siento ganas de llorar.			
3	Me siento desgraciado.			
4	Me cuesta tomar una decisión.			
5	Me cuesta enfrentarme a mis problemas.			
6	Me preocupa demasiado.			
7	Me encuentro molesto.			
8	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molesta.			
9	Me preocupan las cosas del colegio.			
10	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer.			
11	Noto que mi corazón late más rápido.			
12	Aunque no lo digo, tengo miedo.			
13	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.			
14	Me cuesta quedarme dormido por las noches.			
15	Tengo sensaciones extrañas en el estómago.			
16	Me preocupa lo que los otros piensen de mí.			
17	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo.			
18	Tomo las cosas demasiado en serio.			
19	Encuentro muchas dificultades en mi vida.			
20	Me siento menos feliz que los demás chicos.			

Anexo E

Autorregistro Diario Personal



<i>Día y hora</i>	<i>¿Qué sucedió? ¿dónde? ¿con quién?</i>	<i>¿Cómo me sentí? ¿qué pensé? ¿qué hice?</i>	<i>¿Qué sucedió después?</i>
		Respuestas Emocionales: Respuestas Fisiológicas: Respuestas Cognitivas: Respuestas Motoras:	
		Respuestas Emocionales: Respuestas Fisiológicas: Respuestas Cognitivas: Respuestas Motoras:	
		Respuestas Emocionales: Respuestas Fisiológicas: Respuestas Cognitivas: Respuestas Motoras:	
		Respuestas Emocionales: Respuestas Fisiológicas: Respuestas Cognitivas: Respuestas Motoras:	

Anexo F



Registro de Debate de Pensamientos

<i>Día y hora</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Evidencia a favor</i>	<i>Evidencia en contra</i>	<i>Pensamiento equilibrado</i>

Registro Emocional

Estímulo o activador:

.....

<i>Emociones</i>	<i>(0-10) antes</i>	<i>(0-10) después</i>	<i>Emociones</i>	<i>(0-10) antes</i>	<i>(0-10) después</i>
Triste, melancólico, decaído, infeliz, deprimido.			Frustrado, derrotado, decepcionado, contrariado.		
Ansioso, preocupado, nervioso, angustiado, inquieto.			Inferior, inadecuado, incompetente, deficiente.		
Avergonzado, humillado, apenado, tonto, patético.			Enojado, molesto, irritado, furioso, resentido.		
Desanimado, pesimista, desilusionado, desesperanzado.			Solitario, rechazado, abandonado, detestado, solo.		
Culpable, con remordimiento, malo, indecente, sucio.			Otro:		

Anexo G



Registro de Entrenamiento de Regulación Emocional

<i>Fecha/ Hora de Inicio y de Término</i>	<i>Pensamientos</i>	<i>Emociones</i>	<i>Técnica practicada</i>	<i>Nivel de relax SUDs (0-10)</i>

Registro de Miedos y Exposición (Burns, 2012)

<i>Fecha</i>	<i>Tiempo de exposición</i>	<i>Ansiedad inicial (0-10)</i>	<i>Ansiedad final (0 – 10)</i>	<i>Pensamientos</i>



Anexo H

Ficha de Evaluación del Juego de Roles (Kelly, 2002)

Nombre..... Fecha.....

Tipo de interacción.....

Descripción de la escena de juego de roles

.....

Componentes Conductuales:

1. Contacto visual

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nunca estableció contacto visual

Contacto visual constante

2. Afecto

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ausente o frío

Cálido, cordial

3. Volumen de la voz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Caso inaudible

Volumen apropiado, claro

4. Comentarios de elogio/aprecio

Presente_____

Ausente_____

5. Expresión de sentimientos/emociones personales

Presente_____

Ausente_____

6. Conducta positiva recíproca

Presente_____

Ausente_____

7. Duración de las intervenciones _____ segundos

8. Otros componentes evaluados: Descripción de la conducta:
